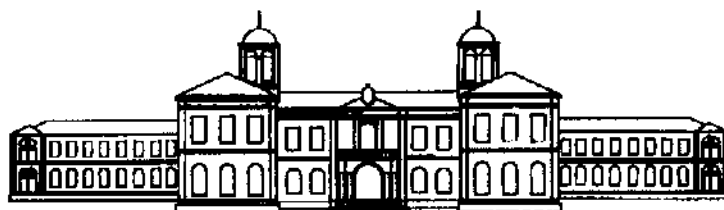


**ANUÁRIO  
DO  
HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA**

**ANO IV – 1996**



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



**ANUÁRIO  
DO HOSPITAL DE  
DONA ESTEFÂNIA**

N.º 4

Ano 1996

**NÚCLEO EDITORIAL:**

Drs: Mário Coelho (Coordenador)

Ana Vasconcelos

Ângela Gaspar

Carla Leitão

Elsa Paulino

Fátima Alves

Helena Galante

Isabel Leal

Isabel Serra

Mafalda Leite

Teresa Silva

Vitor Rebelo

Volker Dieudonné

**CONSELHO CIENTÍFICO:**

Prof.ª Dr.ª M.ª Gertrudes G. Costa

Dr. José Mateus Marques

Prof. Dr. António Gentil Martins

Dr. Carlos Vasconcelos

Dr. Carlos Ribas de Freitas

Dr.ª Conceição Campelo

Dr.ª M.ª Helena Portela

Prof. Dr. José Rosado Pinto

Dr. António Coimbra de Matos

Dr.ª Leonor Faro

Dr. Carlos Canas Ferreira

Dr. Diniz da Fonseca

**CAPA:**

Dr.ª Ana Isabel Dias

**EXECUÇÃO GRÁFICA:**

Iberprint - Artes Gráficas, Lda.

ISBN 972-96348-3-1

Depósito Legal n.º 98461/96

**EDITADO EM ABRIL DE 1997**

**PUBLICAÇÃO ANUAL**

**TIRAGEM: 500 exemplares**

Distribuição gratuita

**APOIO BEECHAM PORTUGUESA**

**SUMÁRIO:**

**Pág.**

EDITORIAL ..... V

ÍNDICE POR SERVIÇOS ..... VII

ÍNDICE POR AUTORES ..... XIII

NOTA DOS EDITORES ..... XVI

RESUMOS ..... 1

NÚCLEO ICONOGRÁFICO ..... 195

- Lista de imagens de 1995

NORMAS DE PUBLICAÇÃO ..... 207

INFORMAÇÕES AOS AUTORES ..... 208

TRABALHOS PREMIADOS  
DO HOSPITAL DE D. ESTEFÂNIA

- ANO DE 1993 ..... 209

TRABALHOS PREMIADOS  
DO HOSPITAL DE D. ESTEFÂNIA

- ANO DE 1994 ..... 210

TRABALHOS PREMIADOS  
DO HOSPITAL DE D. ESTEFÂNIA

ANO DE 1995 ..... 211



## EDITORIAL

Quatro anos após o seu início, o Anuário do Hospital de Dona Estefânia vê finalmente realizados dois dos objectivos dos seus promotores e colaboradores, o reconhecimento oficial da dimensão institucional da publicação e a clara promessa de apoio por parte destas instâncias, de prestar maior atenção à organização e divulgação do potencial científico do hospital. São sinais que, a manter-se e desenvolver-se, não deixarão de constituir um importante estímulo à actividade médica e ao relançamento da própria instituição.

Também o Anuário e a sua estrutura irá dentro em breve sofrer as transformações decorrentes da experiência adquirida nestes quatro anos e das várias sugestões que os médicos do hospital nos foram transmitindo. Essas transformações passam pela abertura do Anuário à colaboração de novas áreas do hospital, pelo funcionamento em instalações próprias e pela reformulação do seu Núcleo editorial.

Traduzem estes factos uma enorme esperança de que irá ser dado um impulso às mudanças tão necessárias à definição do futuro do Hospital de Dona Estefânia e aparecerão as condições indispensáveis ao reconhecimento e maior desenvolvimento das capacidades dos seus profissionais, em particular do seu Corpo clínico; é que decisões muito tempo adiadas, podem acabar por chegar tarde demais!

Se nos Editoriais dos próximos anos não se puderem confirmar as nossas expectativas, ficará ainda este espaço, que os médicos impuseram independente, para pontar o desencanto, a incomodidade e o desejo sempre renovado de que alguma vez o Hospital reencontre, em todos os níveis da sociedade, quem compreenda os seus valores, as suas legítimas ambições e lhe proporcione os meios para a cabal expansão das suas potencialidades.

Como nota final, devemos ainda renovar os agradecimentos à Beccham Portuguesa, pelas facilidades dispensadas à edição deste volume.

Mário Coelho



# Anuário do Hospital de Dona Estefânia

## - Índice por Serviços -

**Serviço I (Pediatria)-Directora: Profª Dr.ª M.ª Gertrudes Gomes da Costa**

**Pág.**

### Sala 1 - Pediatria Geral

Síndrome de Down - casuística de 5,5 anos (1990-1995)	<b>1</b>
Correlação entre parâmetros laboratoriais de infecção-casuística do SISI de 1995	<b>2</b>
Anemia pré-existente em lactentes internados por infecção aguda -casuística do SISI de 1995 (Revisão de qualidade)	<b>3</b>

### Sala 2-Unidade de Gastrenterologia e Hepatologia Infantil

Atrésia das vias biliares extra-hepáticas	<b>4</b>
Apresentação de protocolos - Refluxo gastro-esofágico	<b>5</b>
Apresentação de protocolos - Colestase neonatal	<b>6</b>
Apresentação de protocolos - Ingestão de cáustico	<b>7</b>
Apresentação de protocolos - Ingestão de corpo estranho	<b>8</b>
Atrésia das vias biliares extra-hepáticas: 10 anos de experiência	<b>9</b>
Síndrome de Alagille: 7 casos clínicos	* <b>10</b>
Doença inflamatória intestinal crónica: casuística do Hospital de Dona Estefânia	<b>11</b>

### Sala 3 - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Mortalidade na UCIN: revisão de 12 anos	<b>12</b>
Asfixia perinatal	<b>13</b>
Intravenous Immune Globulin for hyperbilirrubinemia due to Rh hemolytic disease	* <b>14</b>
Better nutritional support for low birth weight infants - "better" body composition?	<b>15</b>
Does Ureaplasma urealyticum contribute to the occurrence of neonatal disease?	<b>16</b>
Neonatal shock	<b>17</b>
Congenital Syphilis	<b>18</b>
Necrotizing enterocolitis: a NICU experience	* <b>19</b>
Hemorragia intraventricular no recém-nascido de termo	<b>20</b>
Enterocolite e drenagem peritoneal no R.N. de muito baixo peso-a propósito de um caso	* <b>21</b>
Infecção de transmissão vertical em Portugal	<b>22</b>
Proteína C Reactiva e sépsis neonatal	<b>23</b>
Experiência de uma Consulta de Hematologia Neonatal	* <b>24</b>
Relatório pedagógico (Prova académicas de agregação à F.C.Médicas da U.N.de Lisboa)	<b>25</b>

### Sala 4 - Unidade de Hematologia Pediátrica

Anemia hemolítica auto-imune	<b>26</b>
Um caso clínico de sequestração esplénica	<b>27</b>
Púrpura de Henoch -Shoenlein: a propósito de dois casos clínicos	<b>28</b>

### Unidade de Endocrinologia Pediátrica

Hipoglicémia em Pediatria: a propósito de um caso clínico	<b>29</b>
Ginecomastia na idade pubertária	<b>30</b>
Crescimento na Hiperplasia Congénita da Supra-renal	<b>31</b>

### Serviço I - Geral

Controlo serotoninérgico da secreção de Hormona de Crescimento-implicações fisiológicas e clínicas	<b>32</b>
Deficiência de Acil-CoA Desidrogenase de cadeia média: caso clínico	* <b>33</b>

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

**Serviço 2 (Pediatria) - Director: Dr José Mateus Marques****Sala 1 - Pediatria Geral**

Crónica de 8 meses passados no S2S1		34
Febre no lactente		35
Bronquiolites: controvérsia		36
Refluxo gastro-esofágico: casuística de 3 anos no S2S1		37
Um caso de anemia		38

**Sala 2 - Pediatria Geral**

"Oh Elvas! Oh Elvas! Badajoz à vista!"		39
Miosites agudas		40
Casuística de Pediatria geral da Sala 2 em 1995		41
Tuberculose: um caso clínico		42
Fasceíte eosinofílica		43

**Sala 3 - Unidade de Doenças Infecciosas**

Portadores crónicos do Virus da Hepatite B		44
Tuberculose pulmonar e abdominal: um caso clínico		45
Um caso clínico de Botulismo		46
Sequelas das meningites bacterianas: casuística do H.D.E.		47
Mononucleose infecciosa - passado (recente) e presente: revisão preliminar		48
Mononucleose infecciosa: revisão de 5 anos		49
Salmonelose associada a tartaruga doméstica - 1º caso clínico descrito em Portugal		50

**Unidade de Pneumologia**

Tuberculose pós-primária em Pediatria		51
Malformações traqueo-esofágicas	*	52
"Para que serve o Mantoux afinal?"		53
"Mais vale prevenir do que remediar..."		54
Unidade de Pneumologia: Internamentos em 1995		55
Refluxo gastro-esofágico no doente com Fibrose quística		56
Pneumonia no doente drepanocítico		57

**Unidade de Nefrologia**

Refluxo vesico-ureteral: revisão casuística		58
Alteração da micção, Infecção urinária, Refluxo vesico-ureteral: que tratamento?		59
Doença poliquística		60
Púrpura de Schoenlein-Henoch: casuística nacional das Unidades de Nefrologia Pediátrica	*	61

**Unidade de Neuropediatria**

Deficiência mental. Como e quando investigar?		62
Traumatismos crânio-encefálicos: abordagem, internamento e seguimento	*	63
Paralisia facial periférica: que orientação?	*	64
Coreia familiar		65
Transtornos do movimento: casos clínicos		66

**Serviço 2 - Geral**

Coartação da Aorta e CIV: caso clínico		67
Tuberculose infantil: quimioprofilaxia primária e secundária		68
Borreliose		69
Morfologia das artérias pulmonares após shunt Blalock-Taussing: avaliação angiográfica	*	70

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



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

Pseudoaneurisma da artéria humeral-complicação grave de uma venopunção simples		71
Volvo gástrico	*	72
Problem cases	*	73
Fine needle aspiration (FNAC) in Pediatric Oncology: review of 6 years	*	74
FNAC in the diagnosis of abdominal and retroperitoneal masses in children	*	75
Reconstrução total em extrofia vesical (sexo feminino)		76
Reconstrução total com retalhos de pequenos lábios		77
Neurofibromatose: benigna ou maligna?	*	78
Pancreatectomia sub-total por nesidioblastose		79
A laminectomia na reparação primária dos mielomeningocelos		80
O Médico e a Eutanásia		81
Loss of heterozygosity at chromosome 9p21 in primary neuroblastomas: evidence for two deleted regions	*	82
Spinal cord vascular injuries following surgery of advanced Thoracic Neuroblastoma: an unusual catastrophic complication	*	83

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

Experiência em Anestesia Laparoscópica em 7 anos na Maternidade Magalhães Coutinho		84
Analgesia no trabalho de parto/epidural: experiência de 9 anos		85
Unidade de Ambulatório: que vantagens no Hospital Pediátrico de Dona Estefânia?		86
A Consulta de Anestesia em Pediatria		87

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

Aparelho urinário e radiopediatria - infecções urinárias		88
A Imagiologia das malformações congénitas ureterais		89
Abordagem ecográfica do canal raquidiano no R.N. e suas principais indicações		90
Dificuldade respiratória do R.N. - semiologia radiológica	*	91
Dor à mobilização do membro inferior no R.N.		92
Tuberculose - a propósito de um caso clínico		93
Massa renal em lactente		94
Enterocolite necrosante - diagnóstico ecográfico de aroportia		95
Invaginação intestinal e patologia associada - a propósito de dois casos clínicos		96

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

Infecção nosocomial a <i>Klebsiella pneumoniae</i>	*	97
Exame bacteriológico das secreções do tracto respiratório inferior		98
Determinação da Hb glicada A1c : estudo comparativo entre dois métodos		99
Efeito sobre a hemostase da terapêutica hormonal substitutiva em mulheres pós-menopáusicas-resultados preliminares	*	100
Diagnóstico laboratorial da sífilis (casuística 1994-1995)		101
Estudo comparativo de 2 métodos de determinação das lipoproteínas de baixa densidade		102
Conjuntivites: revisão de 1995		103
Prevalência de anticorpos antitoxoplasma numa população feminina em idade fértil		104
Vírus respiratórios numa população pediátrica		105

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

**Serviço de Medicina Física e Reabilitação**  
- Directora: Dr.<sup>a</sup> M<sup>ª</sup> Helena Portela

Reabilitação de crianças queimadas	*	106
Alterações do desenvolvimento em crianças com Spina bífida		107
Seguimento e habilitação do recém-nascido de Muito Baixo Peso	*	108
Paralisia obstétrica do plexo braquial: revisão de 104 casos		109
Artrogripose Múltipla Congénita - caso clínico		110

**Serviço de Urgência - Director: Dr Carlos Vasconcelos**

**Serviço de Urgência - Geral**

Hospital de Dona Estefânia: três décadas de urgência pediátrica (1967-1996)		111
---	--	-----

**Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos**

Patologia intensiva pediátrica prevalente em Portugal		112
Assessment of a Pediatric Intensive Care Unit using the Pediatric Risk of Mortality (PRISM) Score		113
Febre escaro-nodular com meningoencefalite - um caso clínico		114
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) - evolução de 5 anos (1992-1996)		115
Defeito da $\beta$ -oxidação mitocondrial: um caso fatal de deficiência em 3-Hidroxi-Acil-CoA Desidrogenase de cadeia longa (LCHAD)	*	116
Pútsite necrosante pós varicela		117
Síndrome hematofagocitária associado a vírus	*	118
Proteína C e sépsis	*	119
Malária grave- um caso clínico		120

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

**Pediatria médica**

Cefaleias na criança - avaliação clínica		121
Síndrome de Marfan		122
Infeção urinária numa Consulta de Pediatria Geral		123
"Tuberculose, olha que não!"		124
Aneis vasculares		125
"Erro de comunicação"		126
"Tão parecidos, tão diferentes"		127
"Raquitismos há muitos"		128

**Imunodeficiências**

Consulta de Imunodeficiências - realidades		129
Transmissão e sobrevivência em crianças infectadas verticalmente pelo VIH 2		130
Pneumonia a <i>Pneumocystis carinii</i> em crianças infectadas pelo VIH		131

**Desenvolvimento**

"Se um mal nunca vem só...há males que vêm por bem"		132
Intervenção/Integração . história do fábrio		133
Surdez infantil na Consulta de Desenvolvimento		134
"O silêncio... nem sempre é de ouro"		135

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

### **Nefrologia**

Hipertensão numa população com refluxo vesico-ureteral		136
Avaliação actual de uma população da Consulta de Nefrologia com IU na infância		137
Ambulatório em Nefrologia Pediátrica - 1 <sup>as</sup> consultas de 1995		138

### **Pneumologia**

Deficiência selectiva de IgA em Pneumologia		139
---	--	-----

### **Neurologia**

Deficiência mental - casuística da Consulta de Neurologia do HDE		140
--	--	-----

### **Imunoalergologia - Director: Prof. Dr. José Rosado Pinto**

Imunoterapia específica para Parietária-estudo aberto em doentes monossensibilizados com asma e/ou rinite		141
Asma: sensibilização alérgica nos primeiros anos de vida. Casuística da Consulta de Imunoalergologia do Hospital de Dona Estefânia		142
Utilidade do Teste de despistagem da alergia (aos pneumoalérgenos) nos doentes pediátricos de uma Consulta de O.R.L.. O Phadiotop®	*	143
Força dos músculos inspiratórios e hiperinsuflação pulmonar na criança asmática	*	144
Avaliação funcional respiratória na asma brônquica		145
Correlação dos resultados quantitativos obtidos com os testes cutâneos em Prick e determinações de IgE específica (CAP System) para D.Pteronyssinus		146
Nasal Eosinophil Cationic Protein and urinary Protein X as markers of asthma	*	147
Total IgE determinations: Comparison of results obtained by Immulite and CAP system		148
Peach allergy with no pollen sensitization in children		149
Inhaled steroids reverse lung hyperinflation in asthmatic children		150
Recurrent secretory otitis media, atopy, breast feeding and adenoids hypertrophy	*	151
Prevalence of atopy in children from the Macaronesian Islands	*	152
Predictive value of Total IgE in a non caucasian population-Cape Verde (Africa)		153
Prevalence of asthma and atopy in Madeira Archipelago schoolchildren	*	154
Reacções adversas ao paracetamol, A.A.S. e A.I.N.E. na criança. Que alternativas?		155
Alergia ao latex na criança-caso clínico		156
ISSAC-"International Study of Asthma and Allergies in Children"-na Ilha da Madeira	*	157
Epidemiologia das doenças atópicas na criança em Cabo Verde	*	158
Hospitalização da criança asmática. Reflexão sobre factores de risco		159
Alergia ao Latex - controvérsias		160
Exposição tabágica em crianças do Arquipélago da Madeira	*	161
Asma brônquica - o que sabem os professores?	*	162
Alergia a Himenópteros nos primeiros anos de vida - caso clínico	*	163
Correlação dos valores de IgE total obtidos por IRMA (c/TECAM 8000), CAP e Immulite		164

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

Urgências pedopsiquiátricas no H.D.Estefânia-Março/Octubre 1996:revisão de 60 casos		165
The use of Griffiths Developmental Scales in the differential diagnosis of pervasive developmental disorders		166
Maternal mental representations and psychological functioning of children of depressed mothers		167
Eating disorders: clinical issues for diagnosis		168

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

The child psychiatrist in the Neonatal Intensive Care Unit	169
Evaluation of the therapeutic intervention in an out-patient Infant Mental Health Unit	170
Tentativa de suicídio e depressão: casuística de 15 meses e exemplo clínico	171
Estudo de grávidas adolescentes	172
“Vivendo no limite”- a criança e a família em face da morte	173
A depressão e a sua prevalência numa Consulta de Pedopsiquiatria para adolescentes	174
Clinica da Juventude - um projecto de Hospital de Dia para adolescentes	175
The clinical use of DC 0-3 system in a cross-cultural perspective	176
Pedopsiquiatria de ligação, 1994: reflectir comparando	177
Casuística do 1º semestre de 1995. Caracterização da população	178
A depressão na primeira infância	179

**Serviço de Otorrinolaringologia**  
- Director: Dr Carlos Canas Ferreira

Quisto primário da mastóide - descrição de um caso clínico e revisão da literatura	180
Síndrome da apnéia obstrutiva do sono: estudo retrospectivo de 25 casos	181

**Maternidade Magalhães Coutinho**  
- Responsável: Dr Diniz da Fonseca

Sarcoma uterino - a propósito de um caso clínico	182
Diagnóstico e terapêutica das lesões pré-malignas do colo, vagina e vulva. Perspectiva de uma racionalização de meios	183
Síndrome dos ovários poliquísticos - experiência da Consulta de endocrinologia ginecológica da M.M.C.	184
Infecção genital a Chlamidia trachomatis em jovens da Consulta de adolescentes da Maternidade Magalhães Coutinho	* 185
Histerectomia vaginal versus histerectomia abdominal. Estudo retrospectivo (1992-1995)	186
Conizações. Estudo retrospectivo de 18 anos (1978-1995)	187
Factores de risco para neoplasia intraepitelial cervical - experiência da Consulta de colposcopia da M.M.C.	188
Carcinoma da vulva-a propósito de um caso clínico	* 189
Indução do trabalho de parto: Dinoprostona versus misoprostol	190
Histerectomia e sexualidade	191
Casuística da Consulta de Infertilidade da Maternidade Magalhães Coutinho (1993-1995)	192
Tumores do ovário epiteliais e não epiteliais - revisão dos 2473 casos de ooforectomia ocorridos na M.M.C. entre 1989 e 1995	* 193

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

Actividade do ano de 1996	194
---------------------------	-----

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

# ANUÁRIO DO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA

## Índice por autores (Ordem alfabética)

Autor	Pág.		
Abranches M.	138	Câmara R.	142,152,154,157,159,161, 162,163
Afonso J.	174,175	Campos O.	190,191
Afonso I.	10,33	Canas-Ferreira C.	151,180
Afonso H.	125,127	Candeias F.	26,27,130,131
Almeida B.	28,129,130,131	Candeias M.	84,86,87
Almeida E.	175	Carapau J.	39,40,41,42,43,51,52,53,54, 55,68,139
Almeida I.	33,116	Cardoso F.	183
Almeida M.	74,75,142,146,148,149,152, 153,155,156,158,159,160,16 1,162,163,164	Cardoso H.	44
Almeida M.M.	141	Cary C.	109
Almeida T.	28	Carneiro R.	88,92,95
Alves A.	108	Carvalho A.	2,3,45,124
Alves C.	161	Carvalho F.	155,159,163
Alves R.	21	Carvalho G.	177
Amador A.	127	Carvalho H.	147
Anjos R.	67,70	Carvalho L.	46,47
Ângela F.	20	Carvalhosa G.	14
Assunção N.	186	Casella P.	9,19,71
Avilez A.	85	Casimiro A.	46,58,59,67,111,139
Baldala J.	47,48,49	Castanheira C.	84
Barata D.	33,112,113,116,118,119	Castro I.	58,59
Barata I.	37,60,114	Catry M.	185
Barrocas M.	24	Cavaco J.	39,41,52,54,57,68,69
Barroco G.	34,38	Cenicante T.	84,85,86,87
Barros C.	84,86	Cepêda T.	165,173,177
Barros D.	23,111	Chaves F.	121,126,128
Barros R.	97,103	Chaves V.	40,41,42,43
Barros T.	174,175	Claro S.	110
Barroso R.	19	Clington A.	14,23
Barrueco C.	89,91,92,93,95,96,151	Coelho M.	1,2,3,111,129
Batista J.	61	Conceição N.	175
Bento A.	34,41,43	Condeço B.	106
Berdeja A.	14	Cordcuro-Ferreira G.	4,43
Bettencourt A.	1,35	Cordeiro M.	166,167,168,169,170,176, 179
Bispo M.	169	Correia A.	178
Blanco J.	122,124,127	Correia M.	157
Boavida M.	82	Cosme L.	175
Boligno C.	83	Costa A.	183
Borges C.	19	Costa C.	116
Borges F.	152,154,157,161,162	Costa M.	106
Braga I.	175	Costa I.	84,86,87
Braga L.	24,26	Costa S.	126
Bragança G.	30	Coutinho S.	185,188
Brito I.	172,177	Cristovão B.	192
Cabeças M.	43	Cruz C.	46,64,136,137,138
Cabral J.	4,5,6,7,8,9,11	Curvelo A.	39,41,51,56,68
Cabral M.	51	Daniel I.	98
Cabral P.	62,66,140	Dias A.	33,63,64,65
Cabrita S.	50	Dias K.	64,65,66,140
Calado E.	63,64,66,140	Dieudonné V.	171
Calado V.	180	Duarte L.	16,20,21

<b>Duarte R.</b>	84	<b>Lurdes-do-Ó M.</b>	45,47
<b>España M.</b>	76,78,79,80	<b>Macedo A.</b>	112
<b>Espinosa L.</b>	4,5,6,7,8,10,33	<b>Mafra J.</b>	84
<b>Estrada J.</b>	112,117,119,132,135,194	<b>Magalhães J.</b>	21
<b>Farinha R.</b>	143	<b>Maia G.</b>	173,174,175
<b>Fernandes I.</b>	112,113,114,119,120	<b>Mahomed F.</b>	190,191,193
<b>Ferra-Sousa J.</b>	36,58,60,138	<b>Manuel R.</b>	43
<b>Ferreira A.</b>	13,190,191	<b>Marcos F.</b>	193
<b>Ferreira C.</b>	143	<b>Marques A.</b>	33,112,113,116,118,119
<b>Ferreira P.</b>	188,192	<b>Marques A.C.</b>	154,157,161,162,163
<b>Figueiredo M.</b>	99,102	<b>Marques C.</b>	167,170,174,175
<b>Filipe A.</b>	189	<b>Marques M(argarid)</b>	169
<b>Flores H.</b>	2,3,11,29,116,135,138	<b>Marques M.</b>	97,104,105
<b>Flores P.</b>	28	<b>Marshall B.</b>	81
<b>Fornelos J.</b>	166,167	<b>Martins F.</b>	67,70
<b>Fornelos M.</b>	166,179	<b>Martins I.</b>	151,181
<b>Francisco S.</b>	27	<b>Martins M.</b>	118
<b>Fragata J.</b>	70	<b>Mata P.</b>	143,151
<b>Franca T.</b>	10,11	<b>Matos M.</b>	101
<b>Furtado F.</b>	117	<b>Matos N.</b>	174,175
<b>Furtado J.</b>	89,90	<b>Matos T.</b>	192
<b>Gama L.</b>	132,135,194	<b>Medeiros L.</b>	109
<b>Gambôa T.</b>	144,147,150	<b>Melo A.</b>	181
<b>Gaspar A.</b>	142,143,151,156,159,160	<b>Mendonça E.</b>	61,74,75
<b>Goldschmidt T.</b>	165	<b>Mendonça T.</b>	111
<b>Gentil-Martins A.</b>	72,73,74,75,76,77,78,79,80, 81,82,83	<b>Menczes I.</b>	67,70
<b>Gomes C.</b>	120	<b>Militão J.</b>	84,86
<b>Gomes-Costa M.</b>	194	<b>Miranda I.</b>	84
<b>Gonçalves A.</b>	84,87	<b>Moniz A.</b>	84,85
<b>Gonçalves S.</b>	192	<b>Moniz M.</b>	84,85
<b>Griff I.</b>	98,102	<b>Moreno T.</b>	42,62,140
<b>Guerreiro N.</b>	15,18	<b>Monteiro A.</b>	30
<b>Guirado C.</b>	50	<b>Moreira B.</b>	143,151
<b>Henriques G.</b>	12	<b>Mota A.</b>	29,30,31,32
<b>Henriques N.</b>	94,96	<b>Moura G.</b>	117
<b>Isidro G.</b>	82	<b>Nascimento M.</b>	170
<b>Lacerda H.</b>	84,85,86	<b>Neto A.</b>	60
<b>Lage M.</b>	36,37,51,53	<b>Neto B.</b>	1,27
<b>Lages L.</b>	34	<b>Neto M.</b>	12,13,17,18,19,20,22
<b>Laia F.(MacGuire)</b>	16	<b>Neuparth N.</b>	144,145,147,150,152,154, 158
<b>Laranjeira F.</b>	79	<b>Neves A.</b>	27
<b>Leal F.</b>	15	<b>Neves C.</b>	111
<b>Leal I.</b>	21,28,40,41	<b>Neves J.</b>	70
<b>Leça-Pereira A.</b>	44,48,49,50	<b>Nóbrega L.</b>	84,85
<b>Leitão C.</b>	185,189	<b>Nogueira J.</b>	141,142,146,148,149,153, 155,156,159,160,164, 23,58,59
<b>Leite M.</b>	5,111,116	<b>Nogueira G.</b>	175
<b>Leon A.</b>	34,38	<b>Novais S.</b>	139
<b>Levy M.</b>	110	<b>Novaz M.</b>	91,93,95
<b>Lima M.</b>	171	<b>Nunes A.</b>	183
<b>Limber C.</b>	118	<b>Nunes M.</b>	84
<b>Loff C.</b>	107,109	<b>Oliveira L.</b>	10,11
<b>Lopes B.</b>	53,54,55,56	<b>Oliveira M.</b>	174,175
<b>Lopes D.</b>	152,158	<b>Oliveira M.L.</b>	178
<b>Lopes F.</b>	84,85	<b>Oliveira P.</b>	154,161,162
<b>Lopes L.</b>	29	<b>Ornelas P.</b>	43
<b>Loureiro V.</b>	101,104,105,143,148,151, 164	<b>Pacheco F.</b>	111
<b>Lurdes-Candeias M.</b>	171	<b>Paulino E.</b>	

<b>Paz-Vieira M.</b>	165	<b>Santos L.</b>	175
<b>Penas I.</b>	92,94,96	<b>Santos M(argarida).</b>	112,117,119
<b>Pereira A.</b>	34,37,41,43,122,123	<b>Santos M.</b>	174,175
<b>Pereira C.</b>	180	<b>Santos T.</b>	123,124,125,126,128
<b>Percira G.</b>	2,3	<b>Sebastião H.</b>	189
<b>Peres I.</b>	97,103	<b>Serafim Z.</b>	106
<b>Pinheiro J.</b>	74,75	<b>Serelha M.</b>	12,13,18,19,91
<b>Pinto M.</b>	14,138	<b>Serra J.</b>	100
<b>Pinto P.</b>	141,146,153	<b>Serrão A.</b>	40,41,43
<b>Pinto S.</b>	6,111	<b>Seves G.</b>	26,43,55,123,136,137
<b>Pires A.</b>	167	<b>Silva A.</b>	136,137
<b>Pires G.</b>	141,144,142,145,146,156, 158,159,160	<b>Silva C.</b>	186,187
<b>Pires N.</b>	187,188	<b>Silva L.</b>	15
<b>Pó I.</b>	4,5,6,7,8,9,10,11	<b>Silva M.</b>	192
<b>Pocinho L.</b>	165,167	<b>Silva P.</b>	166,167,168,170
<b>Pona N.</b>	1,111	<b>Silva T.</b>	89,90,93
<b>Portugal I.</b>	64,107	<b>Silvia J.</b>	36
<b>Prates S.</b>	111,141,142,145,149,159	<b>Soares E(unice)</b>	29,31,39,59
<b>Queiróz-Melo J.</b>	70	<b>Soares E(ugénia)</b>	91,93
<b>Quinta L.</b>	84,87	<b>Soudo A.</b>	110
<b>Ramos J.</b>	112,114,119	<b>Sousa F.</b>	100,182,184,185,190,191, 193
<b>Rebelo V.</b>	181	<b>Sousa M.</b>	63
<b>Redondo L.</b>	188,193	<b>Sousinha M.</b>	78
<b>Rego Z.</b>	90	<b>Tavares C.</b>	152,158
<b>Reis L.</b>	79	<b>Tavares M.</b>	13,18,51,
<b>Reis V.</b>	110	<b>Teles L.</b>	4,9,23,66,122,133,135,138
<b>Rendas A.</b>	147	<b>Trabuco M.</b>	70
<b>Ribas-Freitas C.</b>	151	<b>Trigueiros A.</b>	174,175
<b>Ribeiro E.</b>	35,38,41,50,111	<b>Trindade H.</b>	147
<b>Ribeiro M.</b>	61	<b>Vale M.</b>	112,117,119,120,132,133, 134,135
<b>Ribeiro-Silva I.</b>	147	<b>Valente R.</b>	112,113,114,119,120
<b>Rocha E.</b>	13,20	<b>Valido A.</b>	14
<b>Rocha T.</b>	84,85,86,87	<b>Varandas L.</b>	120
<b>Rodrigues E.</b>	170,179	<b>Vasconcelos A.</b>	109
<b>Rodrigues M.</b>	91,92	<b>Vasconcelos C.</b>	112,113,114,115,116,117, 118,119,120
<b>Rodrigues O.</b>	1,2,3	<b>Veiga-Gomes J.</b>	88,94,96
<b>Romão G.</b>	29,31	<b>Ventura L.</b>	112,113,118,119
<b>Romeira J.</b>	161	<b>Videira-Amaral J.</b>	14,15,16,18,19,23,25,51
<b>Rosa E.</b>	142	<b>Videira F.</b>	183
<b>Rosado L.</b>	28,129,130,131	<b>Viegas M.</b>	84
<b>Rosado-Pinto J.</b>	141,142,143,144,145,146, 147,148,149,150,151,152, 153,154,155,156,157,158, 159,160,161,162,163,164	<b>Vieira E.</b>	58
<b>Saldanha G.</b>	174,175	<b>Vieira J.</b>	121
<b>Santa-Marta C.</b>	141,146,149,158,161,162	<b>Viveiros A.</b>	99,102,
<b>Santos F.</b>	111,121	<b>Zarcos M.</b>	123
<b>Santos C.</b>	16		
<b>Santos F.</b>	172		
<b>Santos H.</b>	100,119		

## **Nota dos Editores**

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

Alguns Resumos são resultado do trabalho de 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.



## SÍNDROME DE DOWN - CASUÍSTICA DE 5,5 ANOS (JAN. 1990-JUN. 1995)

Neto B, Pona N, Bettencourt A, Coelho M, Rodrigues O

Serviço 1 Sala 1. Hospital de Dona Estefânia.

Reunião Clínica do Serviço 1. Janeiro 1996.

**RESUMO:** Os autores efectuaram um estudo retrospectivo de doentes com Síndrome de Down, internados no Serviço 1 Sala 1, num período de 5,5 anos. Para tal foram consultados os processos clínicos e colhidos dados demográficos, epidemiológicos e nosológicos. Este estudo seleccionou 20 doentes, com 27 internamentos, tendo sido feitos 34 diagnósticos principais para além do de Síndrome de Down.

A maioria dos doentes eram do sexo masculino (60%) e de raça branca (85%) e não pertencendo à área de influência do HDE (59%). Tendo 74% entrado através do Serviço de urgência e 26% por transferência de outras unidades hospitalares, a maior parte do Hospital de Santa Marta.

Setenta e sete por cento dos internamentos ocorreu em crianças com menos de um ano, sobretudo no 1º mês de vida. O Síndrome de dificuldade respiratória foi o motivo da maior parte dos internamentos (73%), correspondendo ao diagnóstico de infecção respiratória baixa (53% dos casos sem febre). Apesar de em 55% existir cardiopatia grave ou muito grave associada, a presença de dificuldade respiratória mesmo na ausência de febre levou ao diagnóstico de infecção aguda e em nenhum caso ao de insuficiência cardíaca.

O tempo médio de internamento foi de 23,2 dias para os doentes com cardiopatia subjacente e de 17,7 dias na ausência de cardiopatia congénita. Registaram-se 2 óbitos (7%), tendo um ocorrido na sequência de um quadro de sépsis e o outro de infecção respiratória baixa associada a doença cardiopulmonar grave. 22% foram transferidos para o Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta, o que faz supôr do grau de instabilidade cardíaca.

Em relação à população global internada no Serviço 1 Sala 1, os doentes com Síndrome de Down foram no período em estudo:

- Semelhantes quanto à raça, sexo, residência e motivo de internamento.
- Diferentes quanto à origem, terapêutica, duração do internamento e resultados de internamento, e têm em particular que essas diferenças estão associadas à existência de cardiopatia.

## CORRELAÇÃO ENTRE PARÂMETROS LABORATORIAIS DE INFECÇÃO Casuística do Serviço I Sala 1 - 1995

Pereira G, Flores H, Carvalho A, Coelho M, Rodrigues O  
Serviço I Sala 1, Hospital de Dona Estefânia  
1.<sup>as</sup> Jornadas de Actualização em Imunohematologia Pediátrica (Poster)  
Lisboa, Hospital de Dona Estefânia, Julho 1996

**RESUMO:** O valor preditivo individual e da associação de parâmetros como a Proteína C-reativa (PCR), a leucocitose, a neutrofilia e o índice de mieloperoxidase (IMPX) na presunção da natureza da doença infecciosa aguda (viral ou bacteriana) surge na literatura médica com resultados nem sempre concordantes. Com o objectivo de estudar esta temática no nosso serviço, analisaram-se retrospectivamente 778 processos clínicos (89,9% do total do ano de 1995) e seleccionaram-se 129, de lactentes entre 2 e 24 meses (idade corrigida), sem doença crónica/prolongada, com diagnóstico clínico de infecção com duração  $\leq 3$  dias, internados no S1S1 em 1995. A análise estatística foi realizada pelo Teste do Qui-quadrado, Coeficiente de correlação de Pearson e Teste t de Student. Encontrou-se uma associação estatisticamente significativa entre o aumento do número de leucócitos e o aumento da PCR ( $p=0,032$ ) e entre o número total de neutrófilos e o aumento da PCR ( $p=0,000$ ). No entanto o grau de relação entre estas variáveis foi reduzido ( $r=0,189$  e  $r=0,302$ ) e não mostrou significado estatístico. Quando se analisou a correlação destes parâmetros na população de crianças com infecção bacteriana comprovada ( $n=22$ ) por hemocultura e/ou urocultura, verificou-se que a associação estatística não era igualmente significativa ( $p>0,05$ ). Conclui-se que, apesar das condicionantes metodológicas, na nossa experiência, os valores de PCR, leucocitose, neutrofilia e IMPX, não se mostraram suficientemente discriminativos da etiologia da infecção aguda, suportando a controvérsia existente.

## ANEMIA PRÉ-EXISTENTE EM LACTENTES INTERNADOS POR INFECÇÃO AGUDA - Casuística do Serviço 1 Sala 1 - 1995 (Revisão de qualidade)

Flores II, Pereira G, Carvalho A, Coelho M, Rodrigues O  
Casuística do Serviço 1 Sala 1, Hospital de Dona Estefânia (Poster)  
1.<sup>as</sup> Jornadas de Actualização em Imunohematologia Pediátrica  
Lisboa, Hospital de Dona Estefânia. Julho 1996

**RESUMO:** O presente estudo foi elaborado para analisar um aspecto menos frequente (1,8%) da nossa actividade assistencial, mas (e até por isso) não menos importante na avaliação da sua qualidade.

Avaliou-se a acuidade no diagnóstico e consequente investigação, da anemia pré-existente numa população de lactentes internados por infecção aguda. Analisaram-se retrospectivamente 778 processos clínicos de internamento (89,9% do total de 865) no SISI em 1995. Foram seleccionados 14 lactentes entre os 4 e os 24 meses (idade corrigida), sem diagnóstico anterior de anemia ou doença crónica/prolongada, com infecção iniciada clinicamente há  $\leq 3$  dias e com anemia hipocrómica e/ou microcítica (critérios de Dalmian and Siimes). Os doentes foram divididos em dois grupos - «anemia identificada» (n=5) e «anemia não-identificada» (n=9) durante o internamento. A análise estatística comparativa foi realizada com o Teste do Qui-quadrado e o Teste t de Student. A maioria (64%) dos casos de anemia pré-existente não atribuíveis a infecção aguda, não foram identificados ou investigados. Dos parâmetros avaliados (sexo, raça, idade, constantes eritrocitárias e diagnósticos), apenas a idade parece ter influenciado a valorização da anemia e a sua investigação etiológica, nomeadamente acima dos 12 meses. Especula-se que a clínica incipiente ou inexistente, associada a valores diagnósticos por vezes limite e a presunção de uma anemia do desenvolvimento mais prolongada, tenham ditado estes resultados. Porque as consequências de uma anemia podem ser mais importantes em idades mais baixas, é recomendável uma valorização dos parâmetros hematológicos de acordo com as tabelas, uma vez que os dados clínicos, embora importantes, poderão não identificar alguns destes casos.

## ATRESIA DAS VIAS BILIARES EXTRA-HEPÁTICAS

Teles L, Cabral J, Pó I, Cordeiro-Ferreira G, Espinosa L.

Unidade de Gastrenterologia e Hepatologia Infantil do Hospital de Dona Estefânia.

Reunião Geral do Serviço I.

Janeiro 1996

**RESUMO:** Os autores fizeram a análise retrospectiva dos processos clínicos de crianças com atresia das vias biliares extra-hepáticas (AVBEH), seguidos na Unidade de Gastrenterologia e Hepatologia Infantil do Hospital de Dona Estefânia de 1986 a 1995.

Identificaram-se 16 crianças, 7 do sexo feminino e 9 do sexo masculino, 11 de raça branca e 6 de raça negra. Todas as crianças apresentavam, à data do diagnóstico, hepatomegália, icterícia e acolia; 32% das crianças tinham também esplenomegália e 13% hemorragia (coto umbilical e local de venopunção). Em todos os casos existiam parâmetros laboratoriais de colestase e não havia passagem de contraste para o intestino na cintigrafia - IIIDA (14/14).

A idade média da suspeita clínica foi de  $36,2 \pm 15,1$  dias e a idade média da cirurgia (Kasai ou Lilly) de  $57,7 \pm 16,3$  dias.

De acordo com a eficácia da cirurgia dividiram-se os doentes em 3 grupos: Grupo I - Funcionantes: 6 doentes (40%); Grupo II - Funcionante parcial: 3 doentes (20%); Grupo III - Não funcionante - 6 doentes (40%) e comparou-se a sua evolução. Os episódios de colangites foram mais frequentes no Grupo I, e a hipertensão portal e a má progressão ponderal nos grupos II e III. 6 doentes incluídos nestes últimos 2 grupos foram já transplantados.

Conclui-se que o diagnóstico precoce é o factor determinante do prognóstico. Embora o tratamento cirúrgico paliativo seja eficaz, o transplante hepático é a opção terapêutica final.

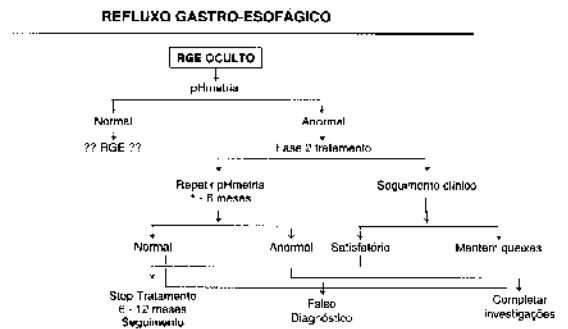
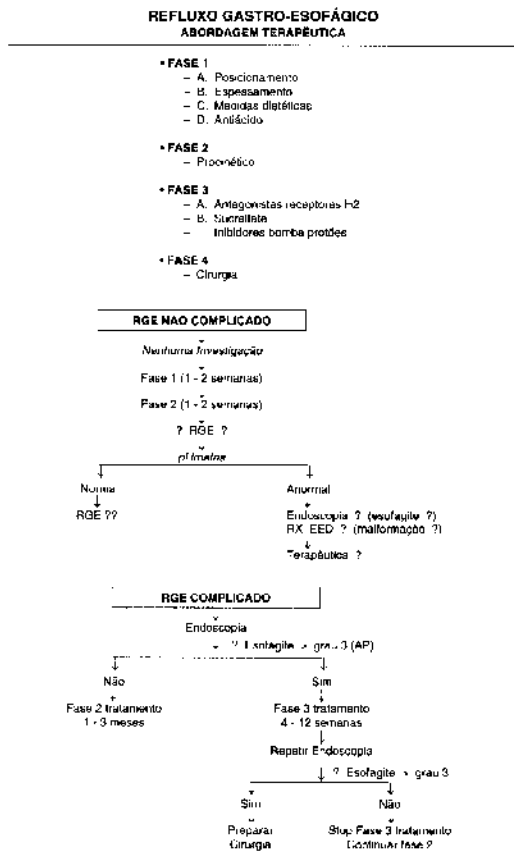
# REFLUXO GASTROESOFÁGICO - PROTOCOLO

Leite M, Cabral J, Pó I, Espinosa I.

Unidade de Gastrenterologia e Hepatologia Infantil do Hospital de Dona Estefânia.

Reunião Clínica do Serviço 1 do Hospital de Dona Estefânia. Outubro 1996.

**RESUMO:** Com o objectivo de uniformizar a orientação de atitudes diagnósticas e terapêuticas de patologia do foro gastroenterológico, os a.a. apresentam o protocolo referente à seguinte patologia: Refluxo Gastroesofágico.



Protocolo seguiu a publicação em gastroenterologia infantil da Sociedade Europeia de Gastroenterologia e Hepatologia Pediátrica

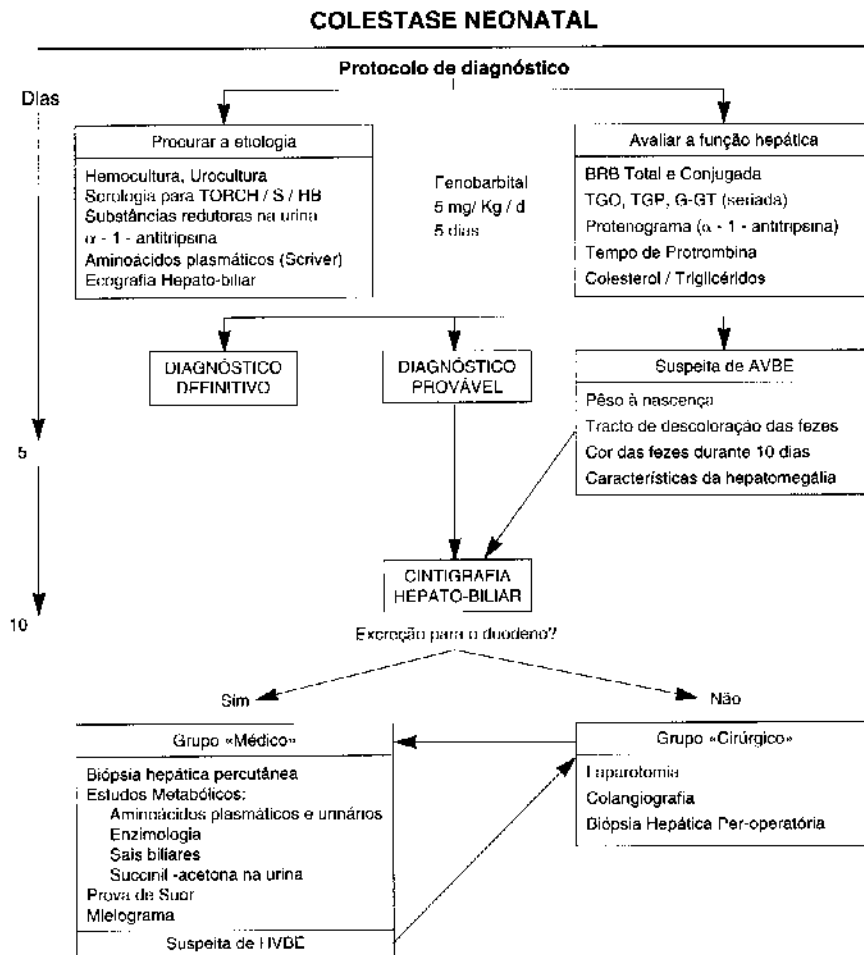
## COLESTASE NEONATAL - PROTOCOLO

Pinto S, Cabral J, Pó I, Espinosa L.

Unidade de Gastreenterologia e Hepatologia Infantil do Hospital de Dona Estefânia.

Reunião Clínica do Serviço I do Hospital de Dona Estefânia. Outubro 1996.

**RESUMO:** Com o objectivo de uniformizar a orientação de atitudes diagnósticas e terapêuticas de patologia do foro gastroenterológico, os a.a. apresentam o protocolo referente à seguinte patologia: Colestase Neonatal.



Protocolo elaborado por um grupo de trabalho da Secção de Gastreenterologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria  
Dr. Aires da Silva, I.I.S.M.; Dr. Mendes António, H. Pediátrico; Dra. Inês Pó, H.D.E.

# INGESTÃO DE CÁUSTICO - PROTOCOLO

Cabral J, Pó I, Espinosa I.

Unidade de Gastrenterologia e Hepatologia Infantil do Hospital de Dona Estefânia.

Reunião Clínica do Serviço 1 do Hospital de Dona Estefânia. Outubro 1996.

**RESUMO:** Com o objectivo de uniformizar a orientação de atitudes diagnósticas e terapêuticas de patologia do foro gastroenterológico, os a.a. apresentam o protocolo referente à seguinte patologia: Ingestão de cáustico.

## INGESTÃO DE CÁUSTICOS

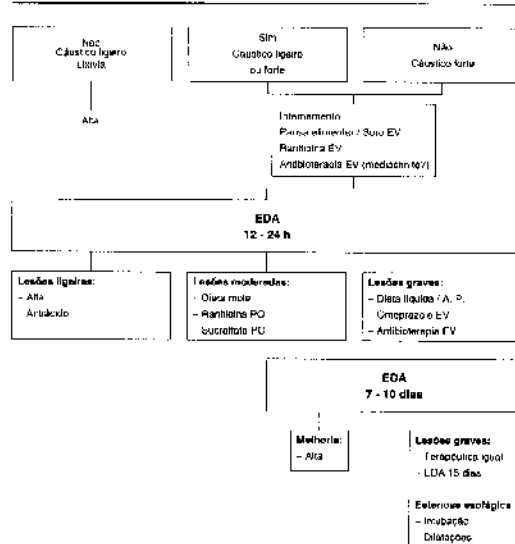
### GRÁU DE CORROSIVIDADE DOS CÁUSTICOS

BASES		ÁCIDOS	
Hidróxido de Na (soda cáustica)	4	Ácido sulfúrico	4
Hidróxido de K (potassa cáustica)	4	Ácido clorídrico	4
Amoníaco	4	Ácido nítrico	4
Óxido de cálcio (cal viva)	4	Ácido oxálico	4
Carbonato K	2	Ácido fosfórico	4
Lixívia doméstica	1	H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> (concentração máxima)	4
		Flúor	4
		Íodo	4
		Cromo	4
		Ácido fórmico	4
		Ácido acético	2

### PROTOCOLO DE ACTUAÇÃO

NÃO FAZER	FAZER
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Lavagem gástrica</li> <li>→ Induzir vômito</li> <li>→ Soluções neutralizantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar e manter sinais vitais</li> <li>• Identificar o cáustico</li> <li>• Identificar sinais de alarme                             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Queimaduras visíveis</li> <li>2. Sialorraia</li> <li>3. Recusa alimentar</li> <li>4. Diarreia</li> </ol> </li> </ul>

## SINAIS DE ALARME



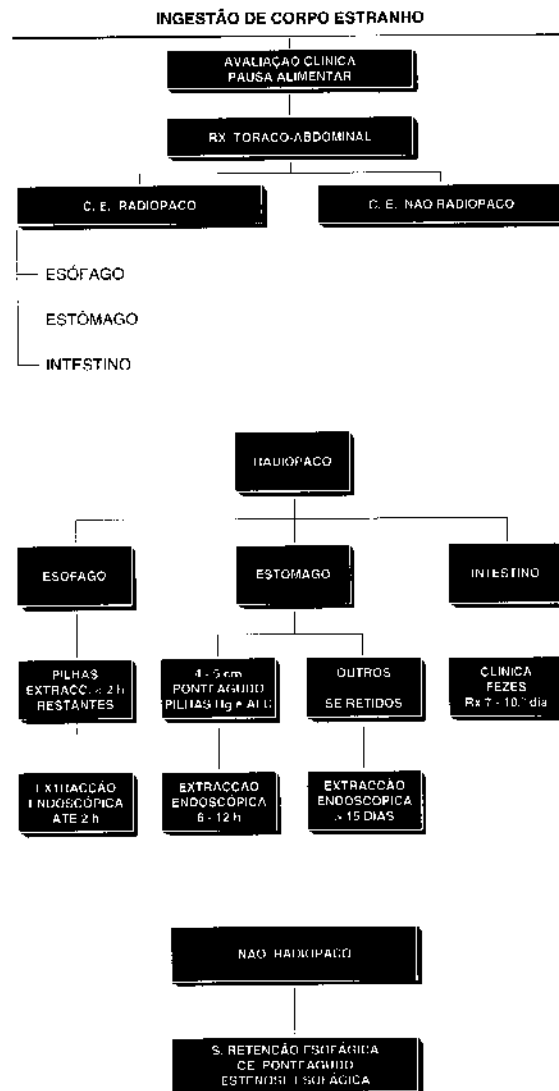
## INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO - PROTOCOLO

Cabral J, Pó I, Espinosa L.

Unidade de Gastrenterologia e Hepatologia Infantil do Hospital de Dona Estefânia.

Reunião Clínica do Serviço I do Hospital de Dona Estefânia. Outubro 1996.

**RESUMO:** Com o objectivo de uniformizar a orientação de atitudes diagnósticas e terapêuticas de patologia do foro gastroenterológico, os a.a. apresentam o protocolo referente à seguinte patologia: Ingestão de corpo estranho.





## **ATRÉSIA DAS VIAS BILIARES EXTRA-HEPÁTICAS - 10 anos de experiência**

Teles L, Cabral J, Casella P, Pó I.

Unidade de Gastroenterologia e Hepatologia Infantil do Hospital de Dona Estefânia

Departamento de Cirurgia Pediátrica do Hospital de Dona Estefânia

XI Reunião da Secção de Gastroenterologia e Nutrição Pediátrica. - S.P.P.

Luso. Dezembro 1996.

**RESUMO:OBJECTIVOS** - 1.º Análise da experiência institucional no tratamento e seguimento dos doentes portadores de atresia das vias biliares extra-hepáticas (AVBEH).

2.º Determinar o valor relativo de alguns parâmetros de função hepática (Bil. directa, AST, ALT, FA,  $\gamma$ GT) como indicadores de prognóstico.

**MATERIAL E MÉTODOS** - Aplicação de um protocolo uniforme na análise retrospectiva dos processos clínicos de 18 casos de AVBEH diagnosticados e tratados na Unidade de Gastroenterologia e Hepatologia Infantil do H. D. E., nos últimos 10 anos (1986-1996).

Avaliação dos resultados laboratoriais obtidos de forma seriada (pós-operatório. 1.º mês, 3.º mês, 6.º mês e 1 ano após cirurgia). Procedeu-se à análise comparativa dos resultados pelo método de ANOVA, considerando significativo  $p < 0.005$ .

**RESULTADOS** - Os 18 casos de AVBEH (11 crianças do sexo masculino, 7 do sexo feminino, 13 de raça branca e 5 de raça negra) distribuíram-se por 14 atresias IIIIm e 4 atresias IIIa (classificação da Japanese Society of Pediatric Surgery).

Existiam malformações associadas em 2 casos (situs inversus abdominal 2 casos, polisplenia e coartação da Aorta 1 caso).

17 doentes foram submetidos a cirurgia paliativa (13 usando a técnica de Kasai e 4 a técnica de Lilly). Num doente foi feita apenas biópsia hepática.

Ao longo do período considerado, a idade média de intervenção que nos primeiros 5 anos se situava nos 67 dias, evoluiu para 50 dias nos últimos 5 anos.

No pós-operatório foi instituída profilaxia antibiótica da colangite a todos os doentes e à maioria foi administrado Ac ursodesoxicólico.

Dividiram-se os doentes em 3 grupos: G1 - não funcionantes, GII - funcionantes, GIII - parcialmente funcionantes, definidos pela avaliação pós-operatória clínica e laboratorial, nomeadamente a manutenção, normalização ou diminuição dos valores da bilirrubina directa.

Os 8 doentes do grupo G2 tem uma boa evolução clínica com excepção de 1 caso que apresenta HTP grave.

Os 7 doentes do Grupo G1 e os 3 do Grupo G3 não têm tido uma evolução clínica satisfatória, tendo já sido transplantados 5 doentes e estando propostas mais 2 crianças.

Fazendo a análise comparativa dos valores laboratoriais da BD, AST, FA e  $\gamma$ GT nos 3 grupos (excluímos do estudo a criança com HTP pertencente ao Grupo G2), encontrou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os Grupos G1 e G2 para a BD e para a AST o que não aconteceu com a FA e  $\gamma$ GT.

**CONCLUSÕES** - O diagnóstico precoce do AVBEH é o factor determinante do prognóstico.

Uma melhor evolução clínica pós-operatória está associada a uma descida dos valores da BD e AST.

Não encontramos parâmetros laboratoriais que permitam definir um prognóstico seguro.

## SÍNDROMA DE ALAGILLE: 7 casos clínicos

Afonso I, Pó I, Cabral J, Oliveira M, Franca T, Espinosa L.

Unidade de Gastroenterologia, e Hepatologia Infantil do Hospital de Dona Estefânia.

Serviço de Anatomia Patológica do Hospital de St.ª Marta.

XI Reunião da Secção de Gastroenterologia e Nutrição Pediátrica - Sociedade Portuguesa de Pediatria.

Luso, Dezembro 1996.

**RESUMO:** Os autores apresentam 7 casos clínicos de Síndrome de Alagille diagnosticados e seguidos na Unidade de Gastroenterologia do Hospital de Dona Estefânia, sendo 2 crianças de raça negra (irmãos) e 5 de raça branca.

Todas as crianças apresentavam colestase neonatal e facies característico (fronte alta, micrognatismo e globos oculares profundamente implantados). Em quatro crianças foram diagnosticadas malformações cardíacas (comunicação interventricular em 2, estenose pulmonar periférica e tetralogia de Fallot), numa embriotoxom posterior e outra tinha atraso do desenvolvimento psicomotor.

Para além do padrão de colestase, todas as crianças apresentavam um aumento marcado do colesterol total. Em todos os casos foi efectuada Biópsia Hepática, que revelou hipoplasia das vias biliares intra-hepáticas.

Quatro crianças foram submetidas a terapêutica com dieta semi-elementar no período neonatal e suplemento com triglicéridos de cadeia média. Todas fizeram vitaminas lipossolúveis IM (enquanto mantiveram colestase), assim como vit. D2, ácido ursodesoxicólico e rifampicina.

A resposta foi satisfatória em 5 crianças, encontrando-se 4 clinicamente bem (idades - 14, 8, 6, 5A), com normalização dos valores laboratoriais em duas. A outra faleceu aos 3 anos de idade, por aspiração de vômito, no decorrer de uma intercorrência infecciosa.

Das restantes crianças, uma com 5 anos de idade apresenta prurido intenso, icterícia marcada com manutenção de valores elevados de bilirrubina e colesterol, apesar do tratamento instituído; a outra criança, actualmente com 4 meses de idade, mantém colestase marcada.

## DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL CRÔNICA Casística do Hospital de Dona Estefânia

Flores H, Cabral J, Pó I, Oliveira M, França T.

Unidade de Gastrenterologia e Hepatologia Infantil Hospital de Dona Estefânia.

XI Reunião da Secção de Gastrenterologia e Nutrição Pediátrica. - S.P.P.

Luso. Dezembro 1996.

**RESUMO: OBJECTIVOS** - Avaliar e comparar a forma de apresentação, evolução e natureza da Doença Inflamatória Intestinal Crónica (DII) na idade pediátrica.

**METODOLOGIA:** Foi efectuado um estudo retrospectivo dos casos de DII diagnosticados e seguidos na Consulta de Gastrenterologia e Hepatologia Infantil do Hospital de Dona Estefânia nos últimos 10 anos. Considerou-se a sua distribuição por sexo, raça, idade e pela natureza da doença - Doença de Crhon (DC), Colite Ulcerosa (CU) e Colite Indeterminada (CI) - com base na histologia e localização das lesões nos diferentes segmentos do tubo digestivo (imagiologia e endoscopia).

Para avaliação da gravidade foi utilizado, retrospectivamente, na data do diagnóstico e nas recaídas, para a DC o Índice de Actividade (IADC) de Hyams publicado no Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition 12: 439-447, 1991 e para a CU a classificação de Truelove and Witts.

**RESULTADOS** - O total de doentes observados foi de 16 (7 s. masc., 9 s. fem., 13 raça branca e 3 raça negra). A idade de aparecimento da sintomatologia variou entre os 7M e os 13 A (média 10,2 A) na DC, entre os 6 e 13 A (média 10,6 A) na CU, entre os 9 e 10A (média 9,5A) na CI. Os doentes foram classificados como: DC = 10, CU = 4 e CI = 2.

Na DC as formas de apresentação mais frequentes na altura do diagnóstico foram: dor abdominal (n=7), perda de peso (n=6), diarreia mucossanguinolenta (n=5), febre (n=5), diarreia (n=3), artralgias (n=3), apendicite aguda / apendicectomia (n=2), massa abdominal (n=1), fístula anal (n=1). A doença foi considerada grave em 6, moderada em 1 e ligeira em 3 doentes. A topografia inicial foi cólica em 5, ileocólica em 4 e ileal em 1 doentes. 7 doentes tiveram uma ou mais complicações: abscessos (n=2), fístulas anais (n=3), fístulas entero-cutâneas (n=1), fístula entero-vaginal (n=1), fístulas digestivas internas (n=1), estenoses ileais (n=2), doença hepatobiliar (n=2). Tratamentos efectuados: corticóides (n=8), mesalazina (n=9), azatioprina (n=5), salazopirina (n=3), metronidazol (n=3), ciclosporina (n=1), cirurgia (n=1). O número de recaídas médio por ano e por doente foi de 0,7 (excluindo 1 criança com recaídas constantes e que só actualmente tem resposta ao tratamento). 2 crianças são corticodependentes. Quanto ao bem estar geral e actividades actuais, 7 estão sem limitação de actividade e 3 estão abaixo da média com dificuldades ocasionais nas actividades.

Na CU as formas de apresentação mais frequentes na altura do diagnóstico foram: diarreia com muco e sangue (n=4), dor abdominal (n=3), febre (n=2), perda de peso (n=2), anemia hemolítica (n=1). A doença foi classificada grave em 2, moderada em 1 e ligeira em 1 doentes. A topografia inicial foi pancólica em 2, cólica esquerda em 2 doentes. Durante a evolução 1 doente apresentou vários episódios de eritema nodoso durante as recaídas. Tratamentos efectuados: corticóides (n=3), mesalazina (n=4), azatioprina (n=1). O número de recaídas médio por ano e por doente foi de 1,5. 1 doente é corticodependente. Quanto ao bem estar geral e actividades actuais, 3 estão bem sem limitação de actividade e 1 está abaixo da média com dificuldades ocasionais nas actividades.

Na CI a forma de apresentação foi de diarreia mucossanguinolenta com coproculturas sempre negativas e proctossigmoidite, só com remissão após terapêutica com mesalazina. Não houve complicações e só 1 doente teve uma recaída/ano que melhorou com terapêutica tópica com mesalazina.

**CONCLUSÕES:** A percentagem de doentes com DC (62,5%) foi muito superior à de CU (25%). Em 12,5% dos casos não foi ainda possível classificar os doentes. As complicações foram mais frequentes na DC e condicionaram uma pior qualidade de vida e terapêuticas mais agressivas neste grupo de doentes.

## MORTALIDADE NA UCIN - Revisão de 12 anos

Serelha M, Neto M, Henriques G.

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital de Dona Estefânia

Chefe de Serviço: João V. Amaral

Reunião do Serviço. Hospital de Dona Estefânia.

Março 1996.

**RESUMO:** No período compreendido entre Janeiro de 1984 e Dezembro de 1995 foram admitidos na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) do Hospital de Dona Estefânia, 3 167 recém-nascidos dos quais 473 faleceram - taxa de mortalidade - 14,9%. Dividindo o período de 12 anos em 2 períodos de 6, verifica-se que a mortalidade no primeiro período foi de 18,2% enquanto no segundo foi de 11,6%. A taxa mais elevada verificou-se em 1985 (26%) e a mais baixa em 1995 (7,9%).

A causa de morte mais frequente foi a infecção (24,5%), seguida de muito perto pelas anomalias congénitas (23,4%). A hemorragia do SNC (HIC) foi responsável por 12% dos óbitos tal como a doença de membrana hialina (DMH). Por imaturidade morreram 5,5% dos admitidos.

Comparando os dois períodos atrás definidos verificou-se uma descida do número de óbitos por HIC (12,8% vs 10,8%) e por DMH (15,6% vs 7%). Para esta última, contribuiu sem dúvida o início do uso de surfactante. Pelo contrário, a mortalidade por infecção subiu de 22,5% para 27,6%, as anomalias congénitas de 22,8% para 24,3% e a imaturidade de 4,5% para 7%.

Nos RN com peso inferior a 1500 g, verificou-se que no subgrupo com peso entre 1000 e 1500 g houve uma descida da mortalidade de 79,2% para 14,3%; no subgrupo com peso entre 750 e 990 g de 77,8% para 33,5% e entre 500 e 750 g de 100% para 60%. Nestes RN de muito baixo peso, as principais causas de morte em 1995 foram a infecção e a imaturidade.

No ano de 1995 faleceram 19 RN dos quais 13 nos primeiros 7 dias de vida e, destes, 12 nas primeiras 48 horas. Após os 7 dias faleceu apenas um RN e, no período após neonatal, 5 crianças.

## ASFIXIA PERINATAL

Neto M, Rocha F, Ferreira A, Tavares M, Serelha M.  
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais Hospital de Dona Estefânia.  
XV Reunião da Secção de Neonatologia da SPP.  
Lisboa, Junho de 1996.

**RESUMO; OBJECTIVO** - Estudar a epidemiologia da asfixia perinatal na UCIN do Hospital de Dona Estefânia.

**MATERIAL E MÉTODOS** - Foram revistos os processos clínicos de recém-nascidos (RN) de termo que, tendo um Índice de Apgar inferior ou igual a 3 ao 1.º minuto, mantinham este índice inferior ou igual a 3 aos 5 minutos. O estudo incidiu sobre RN admitidos em cuidados intensivos, nascidos na maternidade do hospital (MMC) ou admitidos do exterior, entre 1 de Janeiro de 1991 e 31 de Dezembro de 1995 (5 anos). Foram excluídos os RN com anomalias congénitas major.

**RESULTADOS** Houve 16 RN com as condições atrás descritas, 9 dos quais nasceram na MMC. Em 56,2% dos casos houve sinais de sofrimento fetal agudo. Em 11 casos foi possível identificar condições materno-feto-placentares susceptíveis de contribuir para a asfixia: mecânicas - nó verdadeiro do cordão e circular cervical apertada - e infecciosas - amnionite e pneumonia/sépsis neonatal. A primeira gasimetria revelou valores médios de pH de 6,99, PCO<sub>2</sub> de 64,1 mmHg e EBA de -16,5. Houve 14 casos de encefalopatia hipóxico-isquémica, dos quais 8 foram grau III (classificação de Sarnat e Sarnat); em 14 RN houve repercussão renal da asfixia; 10 foram admitidos em choque e 4 tiveram CID. Houve 2 casos de ECN. Foram detectadas 17 complicações pulmonares em 10 RN. Como complicações major há a referir fractura de bacia, necrose do estômago com rotura, secção da medula, enfarte de miocárdio e paralisia do diafragma. Foi realizada ecografia transfontanelar nos 16 RN sendo o achado mais frequente o edema generalizado. O EEG foi normal em 7 dos 9 RN em que foi realizado e apresentava sinais de «burst suppression» em 2. Treze RN necessitaram ventilação mecânica e 12, anticonvulsivantes, drogas vasoactivas e expansores. Três RN foram submetidos a grande cirurgia por complicações da asfixia. A mortalidade foi de 43,8% e, em todos os casos, a morte ocorreu por asfixia, complicações ou sequelas da mesma. Foi possível o estudo evolutivo em 7 dos 9 sobreviventes. Em 3 RN o desenvolvimento era normal. Um RN tinha hipoacusia endococlear e outro apresentava parésia do membro superior direito e hipertonia dos membros inferiores e, em 2 havia tetraparésia espástica, surdez e alterações oculares.

## INTRAVENOUS IMMUNE GLOBULIN FOR HYPERBILIRUBINEMIA DUE TO RH HEMOLYTIC DISEASE

Clington A, Carvalhosa G, Berdeja A, Pinto M, Vidreira-Amaral J, Valido A.  
Neonatal Intensive Care Units, Hospital Dona Estefânia, Maternidade Dr. Alfredo da Costa.  
Interlaken's Fourth International Symposium on IVIG Interlaken - Suíça. Junho 1996

**RESUMO:** OBJECTIVE Rh Isoimmunization is still a quite frequent pathology with morbidity often worsened by its therapeutic indication such as exchange transfusions.

Recent studies suggest that an early administration of intravenous immune globulin (iv IG), will lower bilirubin levels, changing, favourably, the evolution of the disease. In order to evaluate the efficacy of this therapy, a retrospective study of all data, concerning neonates with isoimmunization Rh, was made.

**METHODOLOGY** - High-dose intravenous globulin (500 1000 mg/Kg/dose), was administered during the first hours of life to 18 neonates (group I) with Rh hemolytic disease. Phototherapy (irradiance 6-9 W/cm<sup>2</sup>/nm) was initiated according bilirubin levels. In all cases, umbilical cord blood samples were drawn to determine blood group, direct Coombs test, and bilirubin levels. Later a serial evaluation of bilirubin, hemoglobin and hematocrit was made. Therapeutic complications, the necessary (or not) of packed red cells transfusion, duration of phototherapy and hospitalisation was also evaluated.

A second group (n=14) was maintained on conventional therapy and the same parameters evaluated.

**RESULTS** - Both groups are identical concerning mean maternal age, parity, gestational age ( $37 \pm 1,2$ ;  $37,3 \pm 1,7$  weeks) birth weights ( $2937 \pm 604$ ;  $3057 \pm 507$  g), and duration of hospitalisation. Both groups underwent phototherapy with a mean time of  $4 \pm 1,2$  days for group I and  $4,6 \pm 1,3$  days for group II.

In Group I intravenous immune globulin was administered. Four (22%) of this neonates in this group underwent exchange transfusion, and one of them developed sepsis. In group II, all neonates underwent exchange transfusions, with the exception of one who only needed phototherapy. Three of these neonates needed more than one exchange transfusion. Among these two cases of sepsis were diagnosed and in one a vasoospastic disorder of the lower limb was detected.

**CONCLUSION** - Only four of the neonates with Rh isoimmunization, to whom early intravenous immune globulin was given, underwent exchange transfusion. There were no complications related with the administration of intravenous globulin which seems to be a valid alternative for the management of Rh isoimmunization.

**BETTER NUTRITIONAL SUPPORT FOR LOW BIRTH WEIGHT INFANTS -  
- «better» body composition?**

Silva P, Guerreiro N, Leal F, Videira Amaral J.  
NICU, Dona Estefânia Hospital, Lisbon.  
XVth European Congress of Perinatal Medicine  
Scotland, Gasglow, September 1996.

**RESUMO: OBJECTIVE** - To determine the impact of different nutritional support strategies on the body composition of low birth weight (LBW) infants through body weight, arm muscle area (AMA) and arm fat area (AFA) assessment.

**STUDY DESIGN** - The average day of recovery for weight, AMA and AFA was compared between two groups of LBW infants managed with different nutritional strategies. Group I (n=10) cared for during 1991 and group II (n=24) cared for during 1995/96, both had similar average birth weight and gestational age. Group II babies had received an earlier protein and fat provision through parental nutrition compared to group I babies.

**RESULTS** - No significant differences were found concerning the day of recovery for weight and AMA. However, babies of group II recovered AFA earlier (day  $6,9 \pm 2,5$  versus day  $12,6 \pm 5,1$ ) ( $p < 0,01$ ) following an initial period of decline.

**CONCLUSION** - A delay in providing appropriate energy and protein support may have deleterious impact on fat reserve not noticed by weight evolution. Assessment of arm areas seems to be a simple non-invasive method for evaluating indirectly muscle and fat reserves in LBW infants.

## DOES UREAPLASMA UREALYTICUM CONTRIBUTE TO THE OCCURRENCE OF NEONATAL DISEASE?

McGuire F, Duarte L, Santos C, Videira Amaral J.  
NICU - Hospital Dona Estefânia  
XVth European Congress of Perinatal Medicine  
Scotland, Glasgow, September 1996.

**RESUMO: OBJECTIVE** - The present study was designed to determine: 1) the prevalence of Uu isolation in neonates cared for in a NICU; 2) whether positive cultures for Uu isolation would predict neonatal disease.

**STUDY DESIGN** - One hundred and forty infants (117 preterm and 28 full-term) cared for at Dona Estefânia Hospital NICU were included in this prospective study. Information on antenatal surveillance, perinatal events (intra-partum fever, urinary tract infection, rupture of fetal membranes for more than 24 hours), delivery, birth weight, gestational age and neonatal events were noted on standardized documentation forms. As part of their diagnostic evaluation, cultures for Uu in blood, urine, nasopharyngeal and endotracheal tube secretions were obtained within the first 6 days of life.

**RESULTS** - Twenty six (17.9%) had one or more positive cultures for Uu (24 preterm babies vs 2 fullterm babies) as follows from: nasopharyngeal / endotracheal tube in 24 neonates; blood in 15 neonates; and urine in 22. Of those 26 neonates with positive cultures, 20 of them (76.9%) were found to be colonized and 6 preterm babies (23.1%) developed respectively: pneumonia (n=3), primary pulmonary hypertension (n=1), and bronchopulmonary dysplasia (n=2). In cases of pneumonia the patients received erythromycin with recovery. The Uu positive cultures were associated with no antenatal surveillance, prolonged rupture of membranes and with one or more above mentioned perinatal events ( $p<0.001$ ). Neonates with Uu positive cultures were not more likely to have higher risk of death.

**CONCLUSION** - According to these data, among colonized neonates for Uu, 23.1% (all of them preterm babies) developed related disease.



## NEONATAL SHOCK

Neto M.

NICU - Hospital Dona Estefânia.(Head of Neonatology: João Videira Amaral)

XVth European Congress of Perinatal Medicine

Glasgow, Setembro 1996

**RESUMO:** AIM OF THE STUDY - To assess the epidemiology of neonatal shock at a neonatal intensive care unit.

**PATIENTS** - Medical records of newborn babies (NB) with shock diagnosis admitted at the NICU of D. Estefânia Hospital through 1995 were reviewed.

**RESULTS** - There were 16 NB with shock accounting for 6.6% of all admissions. The average of gestational age and birth weight were respectively 36.9 weeks and 2 755 gr. Thirteen out of 16 were term babies, 4 had low birth weight and 2 very low birth weight. Eleven babies (68.8%) were male. There were eleven babies with septic shock (68.8%), 3 with hypovolemic shock (18.8%), 1 with cardiogenic and 1 with distributive shock. All babies with septic shock but one, had late sepsis. Beyond the clinical signs of shock like pallor, cyanosis, poor perfusion and long capillary refill, the following signs were found at the beginning: high heart rate - 100%; normal blood pressure - 93.8%; low differential pressure - 68.8%; acidosis - 92.9%; oliguria/anuria - 31.3%; DIC - 69.2%. Two babies had limb tissue necrosis. Six infants died. Five out of six died because of irreversible shock - mortality rate 31.3%.

**CONCLUSIONS** - The most frequent type of shock was septic shock. Low blood pressure was found only in the final stage of shock. However differential pressure was often low. In the same way oliguria was not important for diagnosis. High heart rate and metabolic acidosis were found to be important findings and their normalisation a good indicator of recovery.

## CONGENITAL SYPHILIS

Neto M, Serelha M, Tavares M, Guerreiro N, Vidreira-Amaral J.  
Neonatal Intensive Care Unit - Dona Estefânia Hospital  
Biology of the Neonate 1996; 68:593

**ABSTRACT** - Despite a great improvement in perinatal care, congenital syphilis remains a frequent and potential fatal infection.

**AIM OF THE STUDY** - To determine the epidemiology of congenital syphilis at the maternity of Dona Estefânia Hospital.

**METHODS** - Medical records of babies born to VDRL reactive mothers at the maternity of Dona Estefânia Hospital from January 1st, 1990 to December 31st, 1995 (5 years) were reviewed. Medical care during pregnancy, mother VDRL or treponemal tests, therapeutic and laboratory control and newborn VDRL, treponemal tests, clinical presentation, laboratory studies, long bone x-ray and spinal fluid were studied. Based on obtained data a classification as definite, probable, possible or unlikely syphilis was made at discharge.

**RESULTS** - One hundred ninety babies (190) were born to VDRL reactive mothers accounting for 11,7 per thousand live born infants. Fifty six point eight per cent of mothers had reactive VDRL during pregnancy but only 65,7% were treated with penicillin. In 43,2% of mothers VDRL was requested for the first time at delivery room due to pregnancy without medical care. Twelve point six per cent of babies were preterm, 17,6% low birth weight and 10% small for dates. Eight cases (4,2%) were classified as definite, 2,1% as probable, 61% as possible and 19,5% as unlikely congenital syphilis. Spinal fluid reactive VDRL was found in 4 babies and osteitis and periostitis in 7. One infant died of congenital syphilis (mortality rate - 14,3% among definite syphilis).

## NECROTIZING ENTEROCOLITIS: A NICU EXPERIENCE

Serellia M, Neto M, Barroso R, Borges C, Casella P, Videira-Amaral J.  
Neonatal Intensive Care Unit - Dona Estefânia Hospital  
Biology of the Neonate 1996; 68:601  
Acta Pediatr. Port., 1996; N.º 4; vol. 27:685-8

**ABSTRACT:** AIM OF THE STUDY - To review the epidemiology of necrotizing enterocolitis (NEC) at the Dona Estefânia Hospital's NICU.

**MATERIAL AND METHODS** - Charts of newborn babies with NEC admitted at the NICU of Dona Estefânia Hospital from 1st January 1990 to 31 December 1994 (5 years) were reviewed. Results obtained in this study were compared with those of a previous study (1985-1989). Bell's modified staging system was used.

**RESULTS** - Thirty four cases of NEC were found accounting for 2,5% of all admissions. Six infants were admitted from other units. Twenty one babies (61,8%) were preterm and 52,9% were very low birth weight (VLBW).

Twenty four babies were born at the Maternity Hospital. Eleven infants were VLBW (NEC's incidence - 1,5 / 1000 live born babies; NEC's incidence in VLBW infants - 6,5%). The mean age of the initiation of illness was 57 hours in term babies and 15 days in preterm babies ( $p = 0.000$ ). Seventeen babies were classified as stage I; four as stage II and thirteen as stage III (8 IIIA and 5 IIIB). Thirty five point three per cent were operated on; 58,3% of them were in stage III A. A lower rate of complicated NEC and of surgically treated patients was found compared with the prior five years study. In the present serie operation was mainly carried out in stage III A. Comparing two series a lower mortality rate was found (32,1% vs 14,7%).

**CONCLUSION** NEC is a threatening illness the higher incidence in smaller neonates. Accuracy of an early diagnosis results in a lower surgical treatment rate. Early surgical treatment - before intestinal perforation - results in a lower mortality rate.

## HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR NO RECÉM-NASCIDO DE TERMO

Duarte L., Ferreira A, Rocha E, Neto M.

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais - Hospital de Dona Estefânia.

Chefe de Serviço: Prof. Doutor João M. Vidreira Amaral.

Reunião de Casos Clínicos da Sociedade Portuguesa de Pediatria (Região Sul).

Novembro 1996.

**RESUMO:** A hemorragia intracraniana (HIC) é uma entidade rara mas importante no recém-nascido de termo (RNT). Pode ocorrer após trauma, asfixia perinatal ou espontaneamente.

A verdadeira incidência e a patogénese são desconhecidas e o prognóstico mal documentado, sendo muito reservado para o caso de hemorragia talâmica

Estudos prospectivos referem uma incidência de cerca de 3,7%, sendo factores de risco a raça negra, parto por via baixa e o atraso de crescimento intra-uterino.

Neste trabalho relatam-se dois casos clínicos de hemorragia intraventricular ocorridos em recém nascidos de termo, com evolução e prognósticos diferentes.

Em ambos os casos os antecedentes perinatais eram irrelevantes. O início da sintomatologia (traduzido nos dois casos por convulsões) verificou-se aos cinco e oito dias de vida respectivamente, tendo sido administrado fenobarbital. As provas de coagulação foram normais em ambos os casos. No âmbito da imagiologia realizada verificou-se: pela Ecografia transfontanelar hemorragia intraventricular bilateral grau II e III respectivamente e hidrocefalia apenas num caso, pelo TAC crânio encefálico hemorragia sub-ependimária atrial num caso e hematoma intraparenquimatoso no outro, pela Ressonância Magnética Nuclear hemorragia intraventricular e hemorragia talâmica respectivamente. O EEG revelou num caso, foco de pontas posterior esquerdo, e no outro, foco de pontas temporal direito.

O factor desencadeante provável num dos casos foi o traumatismo craniano e ou stress; relacionado com intervenção cirúrgica (anestesia geral por herniorrafia).

A evolução foi favorável num caso tendo-se verificado, no outro, compromisso do desenvolvimento motor (monoplegia em recuperação).

## ENTEROCOLITE E A DRENAGEM PERITONEAL NO RN DE MUITO BAIXO PESO - A propósito de um caso clínico

Leal I, Duarte L, Alves R, Magalhães J.

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais - Chefe de Serviço: João M. Videira Amaral

Departamento de Cirurgia Pediátrica - Director: A. Gentil Martins.

Reunião de Casos Clínicos da Sociedade Portuguesa de Pediatria (Região Sul).

Novembro 1996.

**RESUMO:** Os autores apresentam o caso clínico de um recém-nascido com 30 semanas de idade gestacional e peso 1473 gramas, internado ao 8.º dia de vida por enterocolite necrosante com perfuração intestinal.

O início da sintomatologia ocorreu ao 5.º dia de vida, com distensão abdominal e resíduos gástricos. Ao 6.º dia de vida a pesquisa de sangue oculto nas fezes foi positiva e a radiografia simples do abdómen revelava ansa fixa dilatada e edema da parede ao nível do íleon terminal.

À entrada nesta Unidade a radiografia simples do abdómen revelava a existência de pneumoperitoneu.

Atendendo à instabilidade hemodinâmica e hipovolémia grave, foi efectuada drenagem peritoneal na fossa ilíaca direita com saída de mecómio espesso e algum líquido peritoneal sero-hemático. Fez-se lavagem com soro fisiológico aquecido e manteve-se em drenagem livre, funcionando até ao 11.º dia de vida.

O abdómen esteve sempre depressível, com ruídos hidro-aércos presentes e sem resíduos gástricos, e o trânsito intestinal ao 20.º dia de vida revelou permeabilidade de todo o intestino, sem zonas de estenose, registando-se a saída de contraste pela sonda.

Ao 27.º dia de vida a sonda saiu espontaneamente e o orifício encerrou no dia seguinte; ao 30.º dia de vida efectuou trânsito intestinal que revelou manter-se a permeabilidade, sem fístulas.

Iniciou-se a alimentação entérica com boa tolerância, trânsito intestinal adequado, e boa evolução ponderal.

Neto M.

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais - Hospital de Dona Estefânia.

II Reunião Ibérica de Neonatologia

Barcelona, Novembro 1996

**RESUMO:** Em Portugal, as orientações técnicas da Direcção Geral da Saúde, preconizam que, durante a gravidez, seja realizado o rastreio da sífilis, toxoplasmose, rubéola e hepatite B na primeira consulta da grávida. O VDRI, deve ser repetido nas consultas das 18/22 e 28/32 semanas, assim como a rubéola e a toxoplasmose, se não houver imunidade. Se houver risco acrescido, deve ser repetido o AgHBs no final da gravidez. O rastreio do VIH é realizado na base do consentimento informado. A hepatite C não tem rastreio obrigatório mas ele é realizado em mães de risco e, em geral, nas consultas de alto risco. É também preconizada a vacinação contra o tétano, nas mães cujo estado vacinal seja desconhecido.

As infecções de transmissão vertical de declaração obrigatória são a rubéola congénita e o tétano neonatal. Apesar da vacina obrigatória, foram declarados oficialmente, a nível nacional, 3 casos de tétano neonatal entre 1990 e 1995. A vacina contra a rubéola nos jovens, teve início em 1984 e, nas crianças, em 1987. Apesar disso ainda há mulheres em idade fértil não imunizadas, variando esta taxa entre os 8% e os 15%. No período compreendido entre 1990 e 1994 (5 anos) foram declarados oficialmente, 4 casos de rubéola congénita.

A prevalência de portadores crónicos da hepatite B em Portugal é de 1 a 2% o que nos define como país de risco preocupante. Nas grávidas a prevalência é mais elevada variando, segundo os estudos, entre 0,4% e 3,2%. Para além do rastreio obrigatório na grávida e vacinação do RN de mãe positiva, a vacina da hepatite B foi incluída no Plano Nacional de Vacinação para todos os jovens entre os 11 e os 13 anos em 1995 e prevê-se, para 1997, o início da vacinação gratuita a todos os RN.

Estima-se que a prevalência do anti VHC seja inferior a 1% na população em geral, sendo no entanto muito superior em subgrupos de população como toxicodependentes, politransfundidos ou hemodializados. Sabendo-se que a maior probabilidade de transmissão vertical do VHC ocorre nas mães que simultaneamente são VIH positivas, defendemos que, nesta população, seja feito o rastreio e o estudo evolutivo dos RN.

No que respeita à sífilis, na MMC/HDE, num total de 16.533 mães rastreadas, foram encontradas 232 (1,4%) com VDRI reactivo durante a gravidez ou na altura do parto. Evidentemente que, em muitas, a sífilis tinha sido diagnosticada e tratada durante a gravidez mas, neste período de 6 anos, houve 12 RN com sífilis definida e um óbito por sífilis congénita.

O rastreio para o VIH começou a ser realizado em 1987, apenas em mães de risco. A partir de 1992 o rastreio passou a ser universal na base do consentimento informado o que, na MMC/HDE, fez baixar a prevalência dos 1,7% encontrada no rastreio selectivo, para valores que variaram ao longo dos últimos 5 anos, entre 0,4% e 1%, num universo de cerca de 11.000 grávidas rastreadas (média 0,8%). Apesar de não ser uma infecção de declaração obrigatória, desde 1990 foram declaradas oficialmente a nível nacional, 45 casos de transmissão vertical da doença.

No que respeita à toxoplasmose, os dados nacionais de que dispomos indicam-nos que a prevalência de seropositivos é muito variável de região para região, oscilando entre os 26,4% e os 52% e que diminuiu de 1979/1980 para 1995. No INSRJ de Lisboa são diagnosticados cerca de 6 casos de toxoplasmose congénita por ano. Na MMC/HDE, de um universo de 6.765 grávidas rastreadas a taxa de seropositividade foi de 36,7%. Em 0,7% destas, havia serologia compatível com infecção recente, independentemente de ter ou não ocorrido durante a gravidez e houve dois casos confirmados de toxoplasmose congénita.

**CONCLUSÃO** - Ainda existem casos de tétano neonatal e rubéola congénita em Portugal. Portugal tem uma prevalência elevada de AgHBs mas, em relação ao RN, foram tomadas medidas objectivas e eficazes no combate à transmissão vertical. No que respeita às outras infecções é imperioso e urgente desenvolver um projecto nacional no sentido de diminuir a sífilis do adulto; estabelecer estudos prospectivos nacionais sobre a toxoplasmose congénita e implementar uma maior prevenção primária; realizar estudos prospectivos em relação à hepatite C, nomeadamente em grupos de maior risco.

## PROTEÍNA C REACTIVA E SÉPSIS NEONATAL

Nogueira G, Barros D, Teles L, Clington A, Videira-Amaral J.

Unidade de Recém-Nascidos (URN) da Maternidade do Hospital de Dona Estefânia (MMC) - Serviço I

**RESUMO:** Com o objectivo de avaliar a importância da Proteína C Reactiva (PCR), (valor superior a 1,5 mg/dl) no diagnóstico de sépsis neonatal, os AA procederam à revisão de todos os RN nascidos na MMC, durante um período aleatoriamente escolhido de 4 meses de 1994, aos quais foi feita, pelo menos, uma determinação daquele marcador, em situações quer com factores de risco, quer com clínica sugestiva de infecção.

Foram seleccionados 124 RN, 51,2% do sexo feminino, 17% de raça negra, com uma idade gestacional média de  $38,2 \pm 2,0$  (mín 33-máx 42) semanas, e um peso médio ao nascer de  $3000 \pm 533,4$  g (1800-5070) gramas. A gravidez não foi vigiada em 13,7% dos casos. Na maioria o parto ocorreu por cesariana (59%). Trinta e seis (29%) apresentaram sinais de sofrimento fetal, tendo o Índice de Apgar sido em 8 casos de 0-3 e em 21 de 4-7.

Dos 124 RN com suspeita de infecção, esta não foi confirmada em 83, (67%), tendo-se admitido o diagnóstico de sépsis em 20 (16,1%) por clínica compatível.

As hemoculturas foram positivas em 5 casos (4%).

Analisando a distribuição dos valores da PCR nos grupos com e sem infecção verificou-se globalmente que este teste evidenciou baixa sensibilidade (65%) e baixo valor preditivo positivo (VPP) (68%). Verificou-se contudo uma especificidade de 92% e um valor preditivo negativo (VPN) de 91%.

Em conclusão a abordagem de uma situação de risco ou com quadro sugestivo de sepsis deverá basear-se na conjugação de uma história clínica cuidada, de um exame objectivo rigoroso e dos resultados laboratoriais.

No que respeita à avaliação da PCR como índice preditivo de infecção, comprovou-se uma especificidade superior à sensibilidade.

## EXPERIÊNCIA DE UMA CONSULTA DE HEMATOLOGIA NEONATAL

Barrocas M, Braga L,

Hospital de Dona Estefânia. Unidades de Recém-Nascidos Unidade de Imuno-Hematologia.

Serviço 1.

**RESUMO:** A Consulta de Hematologia Neonatal teve início em Dezembro de 1992, com o objectivo de seguimento de crianças com problemas hematológicos detectados no período neonatal e necessitando de vigilância e/ou ulterior esclarecimento etiológico face a história familiar de doença hematológica.

Funcionando como elo de ligação doente/família/médico assistente, a referida consulta tem 88 processos clínicos (até 31 Dezembro de 1996).

Cerca de 80% das crianças tiveram a primeira consulta com idade inferior a 3 meses (<1 mês - 27,3%), sem predomínio de sexo.

A proveniência destas crianças foi, em quase metade dos casos, a Unidade de Recém-Nascidos da Maternidade do Hospital, assinalando-se também o envio por parte do Médico Assistente ou por outros hospitais da zona sul em 14,7% e 9% dos casos respectivamente.

Em cerca de 1/3 dos casos, o motivo do encaminhamento foi anemia neonatal, com um largo leque de etiologias predominando as situações carenciais por perda e as infecciosas.

No respeitante aos casos com antecedentes de doença hemolítica no período neonatal (n=51) há a realçar 21 casos de iso-imunização por incompatibilidades de grupo (ABO e Rh) 5 casos de esferocitose e 1 caso de défice de G6PD.

Nas crianças com história familiar de hemoglobinopatia, em 12 casos (13,6% dos doentes) foram identificados heterozigotias AS em 4 casos, e homozigotia SS num caso.

No âmbito das alterações da coagulação, há a destacar um caso de afibrinogenémia congénita, 2 casos de RN de mães com PTI e 1 caso de trombocitose.

Em todos os casos se procurou, uma vez feito o diagnóstico ou instituída a terapêutica, dar aos pais e/ou familiares toda a orientação de tipo preventivo, nomeadamente nos casos de incidência genética implicando apoio multidisciplinar.



**RELATÓRIO PEDAGÓGICO**  
**(Programa, Conteúdos e Métodos de ensino das disciplinas de Pediatria**  
**apresentado em Provas Académicas de Agregação à Faculdade**  
**de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa)\***

Videira Amaral J.

Serviço Universitário de Pediatria - Hospital de Dona Estelânia

**RESUMO:** Este relatório pedagógico, tendo como base estrutural o último plano de estudos da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, foi dividido em nove capítulos.

O I Capítulo (Introdução) refere-se à necessidade de modificação do ensino-aprendizagem tradicional e à emergência de nova patologia nas últimas décadas, com implicações sociais muito marcadas. No desenvolvimento do projecto de ensino-aprendizagem apresentado foram consideradas as seguintes componentes: análise dos problemas de saúde da população a servir pelo futuro médico, identificação do perfil profissional a seguir, definição dos objectivos educativos, identificação dos recursos, métodos e oportunidade de aprendizagem, conteúdo do programa e respectivo cronograma e identificação dos métodos de ensino e de aprendizagem.

No II Capítulo são analisados aspectos relacionados com os problemas de saúde da população pediátrica portuguesa e com a assistência praticada.

No III Capítulo é definido o perfil profissional do aluno a formar futuro médico pluripotencial, com conhecimentos e capacidade para o desempenho indiferenciado da prática médica, englobando, nomeadamente a criança e o adolescente.

Os objectivos educativos, integrando três aspectos essenciais (cognitivo, afectivo e sensório-motor) são abordados no IV Capítulo. Por sua vez, a organização do ensino-aprendizagem das disciplinas de Pediatria consta do V Capítulo.

No VI Capítulo são descritos os métodos propostos, dando-se ênfase à participação na actividade assistencial, segundo a filosofia de «aprender fazendo».

O VII Capítulo refere-se aos recursos materiais e humanos, chamando-se a atenção para a necessidade de implementar a afiliação ao Serviço Universitário, de instituições de assistência no ambulatório e de apoiar a formação pedagógica dos docentes.

O conteúdo do programa é discriminado no VIII Capítulo, pressupondo que a educação médica é um conceito global e que a pré-graduação tem continuidade lógica na pós-graduação e na educação médica permanente.

O Capítulo IX aborda o processo de avaliação da aprendizagem e do ensino. Nas últimas páginas são apresentadas as referências bibliográficas que serviram de apoio ao texto e discriminadas segundo a ordem de citação.

\* Artigo original

## ANEMIA HEMOLÍTICA AUTO-IMUNE

Seves G, Candéias F, Braga L.

Unidade de Hematologia Infantil do Hospital de Dona Estefânia.

Reunião Clínica do Hospital de Dona Estefânia

Janeiro 1996.

**RESUMO:** Apresenta-se o caso clínico de uma criança de 9 anos de idade, sexo feminino, raça branca, enviada do Hospital de Portalegre por anemia hemolítica auto-imune.

Durante o internamento o teste de Coombs foi positivo para imunoglobulinas da classe G. Medicada inicialmente com prednisolona, fez também imunoglobulina endovenosa e transfusão de concentrado eritrocitário por apresentar sinais de colapso cárdio-respiratório. Apesar de um valor mínimo de hemoglobina de 3.7g/dl teve uma boa evolução, com subida dos reticulócitos ao 12.º dia e da hemoglobina ao 17.º dia.

Após a alta foi seguida na Consulta de Hematologia com boa evolução clínica e laboratorial.

Na sequência deste caso, os autores apresentam um estudo retrospectivo das anemias hemolíticas auto-ímmunes seguidas na Consulta de Hematologia durante o período de 1989 a 1995.

Dos 1519 doentes inscritos apenas 7 (0.5%) corresponderam a este diagnóstico. Destes, 4 eram do sexo masculino e 3 do sexo feminino, tendo 5 crianças idade inferior a 2 anos. Em 4 doentes foi detectada uma história de infeção recente.

As manifestações clínicas mais frequentes foram a icterícia, palidez e colúria. Os níveis de hemoglobina oscilaram entre 3.7g/dl e 6.5g/dl, 3 tinham trombocitopenia compatível com o diagnóstico de Síndrome de Evans. O teste de Coombs foi positivo em 6 crianças e nas 7 foi possível caracterizar os anticorpos em causa, sendo na maioria IgG.

A terapêutica utilizada foi a prednisolona em 6 casos e a imunoglobulina ev. em 5 doentes.

Todos os doentes tiveram uma boa evolução clínica e laboratorial inicial, em 3 registaram-se recaídas, estando 1 ainda em tratamento com corticosteróides.

Em conclusão, trata-se de uma situação pouco frequente e que nos coloca problemas terapêuticos nomeadamente em relação à necessidade de transfusões sanguíneas.

## UM CASO CLÍNICO DE SEQUESTRAÇÃO ESPLÊNICA

Neto B, Francisco S, Neves A, Candeias F.

4.ª Semana do Médico Interno. Hospital de Covões. Coimbra, Outubro 1996

**RESUMO:** Apresenta-se o caso clínico de um lactente de 6 meses de idade, raça negra, sem antecedentes familiares ou pessoais relevantes, que inicia subitamente um quadro de anemia aguda com palidez cêrea e esplenomegália volumosa, entrando rapidamente em shock.

Dos exames iniciais salienta-se anemia grave (Hb 2,4g/dl), trombocitopenia (plaquetas 84.000) e falciformação espontânea no sangue periférico.

É internado na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos onde recupera após manobras de reanimação e reposição da volémia com expansores do plasma e transfusão de concentrado eritrocitário desleucocitado.

É de salientar que ainda durante a transfusão de concentrado eritrocitário são notórias a redução do tamanho do baço e subida da Hb para 9 g/dl.

Com este quadro clínico e laboratorial é feito o diagnóstico de sequestração esplênica aguda em criança com doenças de células falciformes.

Em conclusão os autores apresentam uma breve revisão sobre o assunto e implicações terapêuticas, salientando-se a importância da informação aos pais sobre as manifestações precoces que alertam para tão grave complicação.

## PÚRPURA DE HENOC-SCHÖNLEIN. A propósito de dois casos clínicos

Flores P, Leal I, Almeida T, Almeida B, Rosado L.  
Serviço 1 Sala 4 - Hospital de Dona Estefânia.  
Reunião Clínica do Serviço 1.  
Novembro 1996.

**RESUMO:** Pela sua exuberância clínica, os Autores apresentam dois casos clínicos de púrpura de Henoch-Schönlein. A propósito destes casos é feita uma revisão teórica do tema.

1.º caso: Criança de 3 anos, sexo feminino, raça branca, internada em Outubro de 1996 por vômitos sanguinolentos, dor abdominal e exantema petequial nas regiões glúteas e membros inferiores. Tratava-se de uma criança previamente saudável, com antecedentes familiares irrelevantes, que iniciou, sete dias antes do internamento, um quadro de febre e vômitos persistentes. No dia do internamento, iniciou dor abdominal tipo cólica, vômitos sanguinolentos e surgiu exantema maculo-papular nos membros inferiores. À entrada apresentava-se prostrada, com sinais de desidratação ligeira, edema malcolar bilateral e exantema maculo-papular nas regiões glúteas e membros inferiores. Colocada a hipótese diagnóstica de púrpura de Henoch-Schönlein, foi internada para vigilância e correcção da desidratação. Apresentava franca melhoria clínica ao fim de 24 horas (apirexia, desaparecimento dos vômitos, melhoria das alterações cutâneas e da dor abdominal). Ao 3.º dia de internamento, no entanto, surgiram hematocúesias abundantes, edema palpebral exuberante, agravamento das cólicas abdominais e das lesões cutâneas, que se tornaram nitidamente purpúricas, com algumas vesículas e bolhas dispersas. Iniciou corticoterapia. Por hipertensão arterial foi medicada com hidralazina. Os exames laboratoriais efectuados apresentaram elevação dos reagentes de fase aguda e dos valores séricos de IgA. O exame sumário de urina e duas ecografias abdominais não revelaram alterações. A evolução foi favorável, tendo a doente alta ao 13.º dia de internamento.

2.º caso: Criança de 3 anos, sexo masculino, raça brana, internada em Outubro de 1996, com lesões maculo papulares eritemato-violáceas, vesiculares e bolhosas, intensamente pruriginosas dispersas pelos membros inferiores e, em menor quantidade, na região extensora dos membros superiores e região dorsal, com edema malcolar bilateral associado que se mantém durante 3 dias.

Ao 5.º dia de internamento há agravamento das lesões cutâneas, com edema na região toraco-abdominal à esquerda, que se mantém durante 2 dias.

Ao 8.º dia de internamento surge edema na região fronto-parietal à direita, e nesta altura refere dor abdominal e dorsal pelo que se inicia corticoterapia; ao 9.º dia de internamento transição de edema para a região peri-orbitária à direita, e surge também no escroto bilateralmente.

Ao 11.º dia de internamento (3.º dia de corticoterapia) as lesões estão cicatrizadas e não há evidência de edema; sempre sem alterações da tensão arterial nem envolvimento renal.

## HIPOGLICÉMIA EM PEDIATRIA - A propósito de um caso clínico

Flores H, Soares E, Lopes L, Romão G, Mota A.

Serviço 1 - Unidade de Endocrinologia do Hospital de Dona Estefânia.

V Encontro de Endocrinologia Pediátrica.

Lisboa. Maio 1996.

**RESUMO:** A Hipoglicémia constituiu 0,9% do motivo de referência durante os 13 anos da consulta.

Nas situações de Hipoglicémia neonatal persistente e da infância (N=4) o diagnóstico não foi confirmado em um caso e nos restantes foram diagnosticados: 2 casos de Hipopituitarismo e um caso de Nesidioblastose. Em relação à Hipoglicémia verificada em crianças e adolescentes (N=24), não foi confirmada em 9 casos, não foi completada a investigação por abandono da consulta em 3, a investigação foi considerada inconclusiva em 7. Em 5 casos estabeleceu-se os seguintes diagnósticos: Adenoma do Pâncreas (2), Doença de Addison (1) e Hipoglicémia cetótica primária (2).

A hipoglicémia é uma situação de abordagem diagnóstica difícil, requerendo intervenção atempada pelos efeitos graves que pode originar.

Apresentamos seguidamente um caso clínico de provável insulínoma numa adolescente de 13 anos, enviada à consulta para esclarecimento de episódios de hipoglicémia. Três anos antes inicia episódios de perda de conhecimento que foram interpretados e tratados como episódios convulsivos. Numa destas crises foi observada no Hospital da sua área, sendo-lhe diagnosticada hipoglicémia, interrompida a medicação e enviada à nossa consulta. Antecedentes familiares e pessoais irrelevantes, desenvolvimento psico-motor adequado, crescimento estatura-ponderal no percentil 90, desenvolvimento pubertário terminado e exame objectivo sem alterações.

Foram realizadas prova de jejum prolongado e prova de Glucagon, com os resultados de glicémia de 29 mg/dl, Insulina de 14,6 mIU/ml, relação insulina/glicémia de 0,5 após 10 horas de jejum, e após administração de glucagon os valores de glicémia e insulina subiram respectivamente para 45 mg/dl-14,6 mIU/ml aos 5', 61 mg/dl-21 mIU/ml aos 10', 75 mg/dl-40,8 mIU/ml aos 15', 78 mg/dl-60,2 mIU/ml aos 20', 71 mg/dl-73,7 mIU/ml aos 30' e 23mg/dl-12,9 mIU/ml aos 60', confirmando o Hiperinsulinismo.

A Ecografia e a Ressonância Magnética Nuclear abdominais realizadas não mostraram alterações. A Angiografia digital revelou imagem nodular hipervascular ao nível da cauda do pâncreas.

Durante a intervenção cirúrgica não se identificou a lesão tumoral, mesmo com apoio ecográfico, pelo que foram ressecados a corpo e a cauda do Pâncreas. A Evolução pós operatória decorreu sem problemas, apenas com um período de hiperglicémia transitória.

A observação histológica da peça ressecada permitiu a confirmação da existência de dois tumores: um na cauda e outro no corpo, estando ainda em estudo as suas características histoquímicas mas que, pela clínica, corresponderão provavelmente a Adenomas de células  $\beta$ .

## GINECOMASTIA NA IDADE PEDIÁTRICA

Monteiro A, Bragança G, Mota A.  
Unidade de Endocrinologia Pediátrica.  
V Encontro de Endocrinologia Pediátrica.  
Lisboa. Maio 1996.

**RESUMO:** A hipertrofia do tecido mamário no sexo masculino (Ginecomastia) resulta dum desequilíbrio na relação androgénios/estrogénios. É uma entidade clínica comum no recém-nascido e no adolescente, estimando-se que 64% dos rapazes, entre os 12 e os 14 anos, apresentam transitoriamente ginecomastia. Assim, são chaves importantes na avaliação clínica desta situação: a idade do aparecimento, história de ingestão de medicamentos, dimensões, tempo de evolução e patologia associada.

Tendo como objectivo caracterizar os casos referenciados à Consulta de Endocrinologia do Hospital de Dona Estefânia e avaliar a eficácia do protocolo terapêutico utilizado, procedeu-se à revisão casuística dos últimos 10 anos (1985-1995). Foram observados 42 casos, dos quais 39 de ginecomastia pubertária, 2 Síndromas de Klinefelter e 1 criança de 2 anos com ginecomastia transitória, sem qualquer patologia associada. Por se tratar do grupo dominante, analisaram-se os 39 casos de ginecomastia pubertária.

Quanto à idade do aparecimento, a maioria (cerca de 66%) surgiu entre os 12 e os 14 anos; 46% dos jovens foi observado pela primeira vez, com menos de 6 meses de evolução. As dimensões variaram entre um diâmetro de 2 cm e 8 cm; apresentaram ginecomastia bilateral 85% dos casos.

Quanto ao tratamento, em 69% foi feita vigilância periódica; em 21% terapêutica médica (tamoxifen) e 10% foi submetido a intervenção cirúrgica. Nos 7 casos em que foi instituída terapêutica médica, a duração do tratamento variou entre os 6 meses e 1 ano; os resultados obtidos não foram completamente satisfatórios, pois em apenas 2 houve regressão, sendo os restantes 5 submetidos a cirurgia (ainda que alguns tenha havido redução das dimensões). Pensamos que, no entanto, sempre que estiverem reunidas as condições, o tamoxifen deverá ser tentado durante 6 a 9 meses.

## CRESCIMENTO NA HIPERPLASIA CONGÊNITA DA SUPRARRENAL

Soares E, Romão G, Mota A.

Serviço 1 - Unidade de Endocrinologia Pediátrica.

Jornadas Luso-Espanholas de Pediatria Hospital de Dona Estefânia - Hospital General Universitario Gregorio Marañón. (Poster)

Lisboa. Hospital de Dona Estefânia. 1996.

**RESUMO:** Foi feita a análise retrospectiva das crianças seguidas em consulta de Endocrinologia por Hiperplasia Suprarrenal Congénita durante um período de 13,5 anos, com o objectivo de avaliar as repercussões da terapêutica efectuada sobre o seu crescimento e maturação sexual.

Das 53 crianças seguidas, 50 apresentavam Hiperplasia Suprarrenal Congénita por défice de 21-hidroxilase, duas por défice de 3 $\beta$ -hidroxi esteroide-desidrogenase e uma por défice de 11 $\beta$ -hidroxilase, sendo no total uma patologia mais frequente no sexo feminino (relação 1:2) e na raça branca.

A forma clássica de Hiperplasia Suprarrenal Congénita (n=39) foi diagnosticada pela existência de virilização no sexo feminino e crises de perda de sal em ambos os sexos, enquanto a forma de expressão tardia (n=14) foi diagnosticada no decurso de investigação de pubarca isolada, hirsutismo, clitoromegália isolada e pseudopuberdade precoce.

Foi realizada uma vigilância auxológica e laboratorial com periodicidade trimestral até aos 2 anos de idade e semestral nos grupos etários superiores.

A terapêutica efectuada incluiu Hidrocortisona (15-20 mg/m<sup>2</sup>/d), 9-fludrocortisona (50-100 mg/d), suplemento com Cloreto de sódio (1-3 g/d) e nas formas de expressão tardia, após a puberdade, Dexametasona (0,25-0,5 mg/d).

Em algumas situações foi necessária terapêutica cirúrgica para clitoroplastia e vaginoplastia.

Foram avaliados os parâmetros auxológicos para as diferentes formas de expressão de Hiperplasia Suprarrenal Congénita, em relação com a aderência à terapêutica e ao equilíbrio analítico. As crianças com Hiperplasia Suprarrenal Congénita por deficiência da 21-hidroxilase, quando apresentam um bom controlo analítico têm um padrão de crescimento normal. Um mau controlo analítico, provavelmente associado a má aderência à terapêutica, está associado a uma relação idade óssea/idade estatural elevada e paragem de crescimento precoce com comprometimento das estaturas finais atingidas.

## CONTROLO SEROTONINÉRGICO DA SECREÇÃO DE HORMONA DE CRESCIMENTO: IMPLICAÇÕES FISIOLÓGICAS E CLÍNICAS\*

Dissertação de Candidatura ao Grau de Doutor em Medicina  
pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

Mota A.

Serviço 1 - Hospital de Dona Estefânia.

Janeiro 1996.

**RESUMO:** Os mecanismos que regulam a secreção da hormona de crescimento (GH) assentam na complementaridade de duas hormonas hipotálamicas: uma estimuladora, a hormona libertadora da GH (GHRH) e outra inibidora, a somatostatina (SS). Além disso, uma diversidade de vias neurotransmissoras bem como vários sinais de recontrolo periférico, quer metabólicos quer hormonais, regulam a secreção da GH actuando directamente a nível hipofisário ou modulando a libertação de GHRH e de SS do hipotálamo.

O protagonismo dos neurotransmissores nos mecanismos reguladores da secreção de GH, atendendo às marcadas variações entre espécies, nomeadamente roedores e primatas, está longe de ser completamente compreendido no homem. Portanto, a única alternativa que resta para deslindar qual o papel das vias neurotransmissoras na secreção de GH em seres humanos baseia-se na abordagem farmacológica, usando drogas agonistas e antagonistas selectivas.

Neste trabalho procedeu-se ao estudo da via serotoninérgica com sumatriptan, um ligando específico dos receptores 5-HT<sub>1D</sub>, pela avaliação dos níveis plasmáticos de GH, num conjunto de crianças normais baixas e pré-púberes. Observou-se uma potenciação das respostas a doses supra-máximas de GHRH pelo sumatriptan. Este efeito atribuiu-se a possível redução do tónus inibitório da SS endógena, hipótese que foi mais aprofundada. Para tal, montou-se um dispositivo experimental semelhante, mas desta vez destinado a crianças obesas e pré-púberes. Nestas, a habitual resposta deprimida à GHRH foi parcialmente revertida pelo sumatriptan, um achado compatível com a hipótese do sumatriptan poder inibir o elevado tónus somatostatínérgico associado à obesidade.

Em complemento, noutra grupo de crianças normais baixas, estudou-se a associação do sumatriptan a fármacos estimuladores da secreção de GH tidos como inibidores do tónus da SS, cada qual à sua maneira, como é o caso da piridostigmina, da arginina e da clonidina. Este estudo mostrou uma acção aditiva do sumatriptan com os dois primeiros agentes, o que reflecte um efeito inibidor da SS para ambos, diferente do que o próprio sumatriptan promove por intermédio das vias serotoninérgicas. Esperava-se uma acção semelhante com a clonidina, mas não se verificou qualquer adição significativa na libertação de GH pela associação de sumatriptan à clonidina. Isto poderá explicar-se por uma interacção competitiva entre a clonidina e o sumatriptan no tónus da SS.

A administração conjunta do sumatriptan com LHRH ou TRH, não modificou as respostas hipofisárias a estas hormonas, demonstrando a especificidade dos receptores 5-HT<sub>1D</sub> para a indução secretória de GH. Por outro lado, usando como modelo experimental células da hipófise anterior de rato cultivadas em monocamada, provou-se que o sumatriptan isoladamente ou associado à GHRH é incapaz de alterar a produção de GH, pelo que actuará apenas no hipotálamo.

Tendo em consideração todas as limitações inerentes à investigação dos mecanismos neuroendócrinos da secreção «in vivo» das hormonas hipofisárias, os resultados obtidos neste trabalho parecem estar de acordo com a hipótese de que o sumatriptan actua através duma inibição do tónus somatostatínérgico. Por conseguinte, justifica-se plenamente associar o sumatriptan à GHRH, como prova útil para avaliar o contributo da SS na libertação da GH, em várias situações fisiológicas e patológicas.

\* Artigo original



## DEFICIÊNCIA DE ACIL-CoA DESIDROGENASE DE CADEIA MÉDIA: Caso clínico

Afonso I, Dias A, Cordeiro-Ferreira G, Marques A, Barata D, Almeida I, Espinosa L.

Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

Centro de Metabolismo e Genética da Faculdade de Farmácia da Univ. de Lisboa

Simpósio Internacional «Erros Hereditários do Metabolismo: Novas Perspectivas» - Faculdade de Farmácia, Lisboa, Novembro 1996.

**RESUMO:** Os autores apresentam um caso clínico de deficiência de Acil-CoA desidrogenase de cadeia média (MCAD) numa criança de um ano de idade, sexo masculino, etnia cigana, 6.º filho de pais saudáveis.

O quadro clínico iniciou-se, subitamente, com letargia que evoluiu para coma e insuficiência cardíaca, após doença febril.

A avaliação bioquímica inicial revelou hipoglicémia não cetótica, acidose metabólica, hiperamoníemia e anemia. O estudo dos ácidos orgânicos urinários mostrou: ácidos dicarboxílicos e a presença de hexanoilglicina e suberilglicina, posteriormente confirmadas pela análise das acil-glicinas.

A avaliação dos ácidos orgânicos plasmáticos revelou a presença de ácido 4-cis-decenóico. Estes resultados levaram ao diagnóstico de deficiência de MCAD.

O estudo molecular para pesquisa da mutação A-985-G da MCAD revelou homozigotia no doente e o estudo familiar mostrou:

pai	mãe	irmã	irmão	irmão	irmão
heteroz.	heteroz.	homoz.	heteroz.	normal	normal

A irmã homozigótica (4 anos) apresenta o perfil dos ácidos orgânicos característico de deficiência de MCAD. No entanto, permanece assintomática.

Após compensação metabólica, o doente teve evolução favorável, tendo alta clinicamente estável. Contudo, 2 meses depois, teve intercorrência febril e faleceu subitamente, durante a noite, provavelmente devido a hipoglicémia.

## CRÓNICA DE 8 MESES PASSADOS NO S2S3

Pereira A, Bento A, Lages L, Leon A, Barroco G.  
Serviço 2 - Sala 1 - Hospital de Dona Estefânia.  
Reunião do Serviço 2. Janeiro 1996.

**RESUMO:** Os autores efectuam um estudo retrospectivo dos processos clínicos das 157 crianças internadas nas 10 primeiras camas do S2S3, onde o S2S1 se encontrou a funcionar durante os últimos 8 meses de 1995.

São analisados os seguintes parâmetros: idade, sexo, raça, índice de Graffar, área de residência, origem, patologia, exames pedidos, terapêutica, duração de internamento e destino.

Dessa análise salienta-se a elevada duração média dos internamentos (10,4 dias), para a qual contribuíram não só as más condições sócio-económicas da população internada, como a existência de patologia de base motivando internamentos prolongados (bronquiolite obliterante, patologia malformativa e neurológica). Salienta-se igualmente a existência de um predomínio de patologia respiratória (66,2%) na sua maioria constituída por pneumonias, uma diminuição do número de bronquiolites relativamente aos anos anteriores e que a antibioterapia mais utilizada durante esse período foi a associação Amoxicilina-Ac. Clavulâmico (46%), seguida das Cefalosporinas (32%).

Nesse estudo evidencia-se também o facto de grande número de crianças internadas (25%) ser enviada, após alta hospitalar, à consulta externa do H.D.E., ressaltando o facto de existir ainda um elevado número de crianças sem médico assistente.

## FEBRE NO LACTENTE

Ribeiro E, Beltencourt A.

Sala 1 do Serviço 2 do Hospital de Dona Estefânia.

IX Jornadas Pediátricas, Controvérsias, Dúvidas e Polémicas em Clínica Pediátrica.

Lisboa. Fevereiro 1996.

**RESUMO:** Os autores dividem a sua apresentação em duas partes distintas, primeiro fazendo uma análise sumária de uma amostra dos internamentos no Serviço 2 Sala 1 no ano de 1994, correspondentes a lactentes com idades até aos 3 meses, cujo diagnóstico exclusivo de internamento era FEBRE; em seguida tentam encontrar linhas de orientação que possam obviar o grande número de internamentos por febre nesta faixa etária.

Dos 36 lactentes dessa amostra, resultam cerca de 9 meses de internamento, cujos diagnósticos se dividem em: doença vírica (16), inf. urinária (8), febre (3), otite média aguda (2), sépsis (?), gastroenterite aguda (1), onfalite (1), SIDA (1), pneumonia (1), meningite (1). Quantos poderiam ser tratados em ambulatório?

Ao abordarem de seguida o lactente com febre, os autores concluem que vários factores devem ser contemplados (foco infeccioso, aspecto tóxico, Escala de Yale, Critérios de Rochester), para que num lactente febril sem foco detectável se possa decidir com uma relativa margem de segurança pelo internamento ou pelo tratamento em ambulatório.

## BRONQUIOLITES: CONTROVÉRSIAS

Lage M, Sílvia J, Ferra-Sousa J.  
Serviço 2 Sala 1 - Hospital de Dona Estefânia.  
IX Jornadas do Serviço 2.  
Lisboa. Fevereiro 1996

**RESUMO:** A bronquiolite atinge, nos primeiros anos de vida, 11 a 20% das crianças, com recorrência de 50% aos 2 anos de idade, tendo o Vírus Sincicial Respiratório como principal agente. Trata-se, por isso, da mais significativa doença da primeira infância. A sua abordagem mais correcta é, no entanto, controversa.

Com base nos dados da literatura e num estudo prospectivo abrangendo 64 crianças com bronquiolite internadas no Serviço 2 do Hospital de D. Estefânia, abordamos algumas dessas controvérsias, concluindo não ser necessária a identificação do agente se não houver possibilidade de recorrer ao isolamento dos doentes ou ao uso da ribavirina; não haver ainda grande possibilidade de proteger as crianças com factores de risco, sendo de esperar algum benefício com o uso da Imunoglobulina anti VSR; serem incontestadas a utilização da oximetria de pulso como avaliadora da gravidade clínica e da oxigenoterapia como terapêutica de base e ser a infecção nosocomial prevenível com medidas simples, entre as quais a lavagem sistemática das mãos.

## REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO - Casuística de 3 anos no S2S1

Lage M, Pereira A, Barata I, Ferra-Sousa J.  
Serviço 2 Sala - Hospital de Dona Estefânia.  
Reunião do Serviço.  
Março 1996

**RESUMO: OBJECTIVOS** - Avaliação da prevalência de refluxo gastro-esofágico num serviço de internamento de primeira infância, dos métodos utilizados no seu estudo, da terapêutica efectuada, da evolução e das complicações.

**MATERIAL E MÉTODOS** - Análise retrospectiva dos processos de 29 crianças internadas no S2S1 com diagnóstico de refluxo gastro-esofágico nos anos de 1993 a 1995. Avaliação da evolução por inquérito telefónico.

**RESULTADOS** - O número de doentes com refluxo gastro-esofágico correspondeu a 2% do total de internamentos no mesmo período. Verificou-se associação a prematuridade em 24%. A sintomatologia predominante foi a dificuldade respiratória recorrente seguida dos vómitos. Em 21% associaram-se apnéia e má progressão ponderal.

O diagnóstico foi feito sempre antes dos 4 meses de idade, com recurso à ecografia em 79% dos casos.

Em 52% dos casos foi possível avaliar a evolução, variando a idade de resolução entre os 6 meses e o ano. Registaram-se complicações em 3%.

**DISCUSSÃO** - Discute-se o valor da suspeita clínica, a necessidade de recorrer aos meios auxiliares de diagnóstico (ecografia, plimetry) e alguns aspectos da terapêutica. Apresenta-se ainda uma proposta para o diagnóstico e tratamento do refluxo gastro-esofágico, elaborada pelo Grupo Internacional de Trabalho em RGE.

## UM CASO DE ANEMIA...

Ribeiro E, Figueiredo A, Barroco G.  
Sala 1 do Serviço 2 do Hospital de Dona Estefânia.  
Reunião do Serviço 2. Maio 1996

**RESUMO:** Apresenta-se o caso clínico de uma criança de 15 meses, sexo feminino, etnia cigana, internada no S2S1 com o diagnóstico provisório de anemia hemolítica.

Antecedentes pessoais e familiares irrelevantes, Hgb 4,4 g/dl, Coombs directo negativo, reticulócitos 10%, LDH 1127 u/l.

Institui-se terapêutica com prednisolona e ác. fólico. 2.º dia de internamento: t. Coombs positivo, auto anticorpo Rh- IgG auto-anti e Panaglutinina.

Boa evolução clínica e laboratorial, alta ao 30.º dia (Hgb 11,4 g/dl).

Em seguida faz-se uma revisão teórica sobre as anemias hemolíticas autoimunes.

Soares E, Cavaco J, Curvelo A, Carapau J.  
Serviço 2 Sala 2 - Pediatria Geral - Hospital de Dona Estefânia.  
Reunião Clínica do Serviço 2. Janeiro 1996.

**RESUMO:** A pneumonia de etiologia bacteriana continua a ter como agente mais frequente o *Streptococcus pneumoniae*. Nos finais dos anos 60 foram detectadas estirpes resistentes à penicilina (PRP) e desde então a sua prevalência e propagação geográfica aumentaram rapidamente, nomeadamente em Espanha, e o seu controlo constitui um novo desafio terapêutico.

No Hospital de Dona Estefânia começaram a ser detectadas desde 1992, estirpes de PRP, em patologia do foro otorrinolaringológico, cuja frequência em 1993 se situava nos 10%. No final do ano de 1995, foram observados os 2 primeiros casos de pneumonia com isolamento de PRP.

Os AA apresentam o caso clínico de uma criança de 2 anos, raça branca, sexo masculino, natural de Lisboa e residente no Ribatejo, internado no Serviço 2 em Novembro de 1995, sem antecedentes familiares ou pessoais relevantes, nem história de infecções anteriores.

Internado por pneumonia da base direita com evolução anterior de 3 dias, foi medicado com cefuroxime EV. Por não haver melhoria clínica e radiológica é adicionado ao 9.º dia de internamento, netilmicina EV. As hemoculturas e a reacção de Mantoux foram negativas.

Por não se registar melhoria clínica ou radiológica, ao 11.º dia de doença é submetido a broncoscopia, tendo sido aspiradas secreções verdes provenientes do ramo médio da pirâmide basal direita.

Por manter a febre e prostração com aparecimento de pequeno derrame pleural à direita, inicia ao 16.º dia de internamento, terapêutica com cefoxitima e flucloxacilina. Ao 18.º dia por aumento do derrame é feita toracocentese, o exame cultural do líquido sero-hemático foi negativo.

No exame cultural do lavado broncoalveolar foi isolado *Streptococcus pneumoniae* resistente à penicilina, eritromicina, clavulamato de amoxicilina e cefaclor, sendo sensível à vancomicina e cloranfenicol.

Após instituição de vancomicina e suspensão dos restantes antibióticos verificou-se melhoria progressiva com apirexia ao 2.º dia e resolução do derrame pleural ao 9.º dia de terapêutica.

A possibilidade de pneumonia a PRP deve ser considerada, quando não há resposta à terapêutica convencional, mesmo na pneumonia da comunidade sem aparentes factores de risco.

## MIOSITES AGUDAS

Leal I, Serrão A, Chaves V, Carapau J.

Serviço 2 Sala 2 - Hospital de Dona Estefânia

IX Jornadas Pediátricas do Serviço 2 do Hospital de Dona Estefânia - Controvérsias, dúvidas e polémicas em clínica pediátrica. Fevereiro 1996

**RESUMO:** Os autores apresentaram uma revisão actualizada de Miosites Agudas - etiologia, epidemiologia, apresentação clínica, exames complementares de diagnóstico e evolução.

De seguida apresentou-se a casuística de Miosites do Serviço 2 Sala 2 do H. D. Estefânia internadas no ano de 1993. Foram internadas cinco crianças com idades compreendidas entre os 7 e 10 anos de idade, nos meses de Fevereiro e Março de 1993, por mialgias e claudicação da marcha. Salienta-se a existência em todas elas, nas 2-3 semanas que antecederam o internamento, de queixas - cefaleias, febre, tosse, rinorreia, odinofagia, dor abdominal, diarreia.

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

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

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



## CASUÍSTICA DE PEDIATRIA GERAL DA SALA 2 EM 1995

Ribeiro H, Leal I, Pereira A, Bento A, Serrão A, Cavaco J, Chaves V, Curvelo A, Carapau J.  
Sala 2 Serviço 2 do Hospital de Dona Estefânia.  
Reunião do Serviço 2. Maio 1996

**RESUMO:** Os autores apresentam os dados correspondentes ao movimento assistencial desta sala de 2.ª infância no ano de 1995 a que correspondem 718 (38%) internamentos no Serviço 2 (50% Sala 3, 12% sala 1).

Fez-se uma descrição da sala, com a distribuição das 27 camas pela Neurologia (3), Pneumologia (3), Nefrologia (9) e Pediatria (12), às quais corresponderam respectivamente 8%, 16%, 18% e 58% dos internamentos.

Analisa-se a população internada na Pediatria (418) quanto ao sexo (57% F), raça (84% branca), idade (59% 2-6A), proveniência (90% Lisboa/Setúbal) e admissão (80% S. Urg., 9% C. Pneumo.).

Da população internada determinam-se os dias médios de internamento (57%: 4-15 d) o resultado, os grupos nosológicos (40% Ap. Respiratório, 15% Lesões e Envenenamentos, 13% SNC, 10% Ap. Genito Urinário, etc.) e o destino (63% Médico Assistente, 7% C. Ext. Ped., etc.)

Faz-se ainda uma análise do movimento de doentes, demora média (7.5 d) e percentagem de ocupação (71.6%) em comparação com os anos de 1989, 90 e 1992.

Termina-se com a análise dos internamentos de longa e curta duração, apoio de outras especialidades, exames complementares e a antibioterapia mais utilizada (Cefuroxima 68, Amox. + Ác. Clavulânico 66, Eritromicina 14, etc.).

## TUBERCULOSE - UM CASO CLÍNICO

Moreno T, Chaves V, Carapau J  
Serviço 2 Sala 2 do Hospital de Dona Estefânia.  
Reunião do Serviço 2. Abril 1996

**RESUMO:** Os aa apresentam um caso clínico de um adolescente de 15 anos de idade, sem antecedentes familiares ou pessoais dignos de relevo, internado por hemoptises. Após insistência apresentava um quadro de tosse desde há 2 meses, emagrecimento de 3 kg e sudorese nocturna. Vacinado com BCG aos 4 anos, tendo prova de Mantoux de 1994 com 12 mm de induração. Exames radiológicos iniciais, broncoscopia, rinoscopia - irrelevantes. Foi pedida pesquisa de BK na expectoração (7 amostras) e no LBA, estudo virulógico e micológico no LBA, e outras serologias.

Evolui com disseminação bronco-génea, síndrome febril e perda de peso na enfermaria, pelo que inicia terapêutica antibacilar (SM, RIF, INH, PZA). A 2.ª broncoscopia e TAC torácica revela uma adenopatia hilar perfurada para o brônquio lobar superior esquerdo. Tem alta após um mês de tratamento, assintomático, com franca melhoria clínica e radiológica. Finalmente, é comprovada laboratorialmente a infecção com exame cultural positivo na última amostra colhida.

## FASCEITE EOSINOFÍLICA

Pereira A, Bento A, Seves G, Serrão A, Chaves V, Manuel R, Cabeças M, Pacheco F, Carapau J.  
Serviço 2, Sala 2 do Hospital de Dona Estefânia.  
Reunião Clínica do Serviço 2. Outubro 1996  
Reunião de Casos Clínicos - S.P.P. Novembro 1996.

**RESUMO:** Os autores apresentam o caso clínico de uma criança de 7 anos de idade, sexo feminino, raça branca, natural e residente em Ponta Delgada.

A doença actual iniciou-se 7 meses antes do internamento com o aparecimento de placas cutâneas, eritematosas e duras com halo violáceo, a nível das regiões glúteas, resistentes à terapêutica com corticosteróides. Foi realizada biópsia cutânea (Hospital de Ponta Delgada) compatível com o diagnóstico de morfeia.

Um mês antes do internamento iniciou febre, edema difuso e duro dos membros inferiores e aumento das lesões referidas. Por agravamento do quadro, foi transferida para o Serviço de Dermatologia do Hospital Curry Cabral onde é realizada nova biópsia cutânea, sendo posteriormente transferida para o Hospital Dona Estefânia.

Dos exames complementares destaca-se: leucocitose com eosinofilia persistente, hipergamaglobulinémia e provas de função respiratória com padrão restritivo. A biópsia cutânea foi compatível com o diagnóstico de fascíte eosinofílica. Iniciou terapêutica com prednisolona e posteriormente com penicilamina que suspendeu pelo aparecimento de efeitos secundários graves.

Progressivamente notou-se um espessamento e esclerose cutânea generalizada, com limitação dos movimentos respiratórios e articulares.

## PORTADORES CRÓNICOS DO VIRUS DA HEPATITE B

Pereira Leça A, Cardoso II.

Sala 2 Serviço 2 do Hospital de Dona Estefânia.

Reunião do Serviço 2. Fevereiro 1996

IX Jornadas do Serviço 2. Fevereiro 1996.

**RESUMO:** Esta exposição desenvolve-se a partir de um caso clínico, num paralelismo clínico-teórico, numa abordagem global dos problemas médicos e de aceitação/inserção social. O António é um adolescente de raça negra, nascido em Lisboa, enviado em 1994 à Consulta de Infecto-Contagiosas do HDE, por ser portador crónico do VHB com perfil serológico Ag HBs+, Ag HBe+. A mãe faleceu e o pai não tem, há vários anos, qualquer contacto com a família. O António vive com uma irmã de 20 anos, que apenas sabe ter sido prematuro e ter estado internado no 1.º mês de vida. Tem um moderado atraso global do desenvolvimento, frequentando o 2.º ano de um colégio privado. Oito meses antes da consulta é referido o contacto com uma prima com Hepatite B aguda, no decurso da qual é feito o rastreio familiar, com detecção do caso index. Apesar do seu perfil de alta infecciosidade a situação clínica tem-se mantido estável, sem alteração da função hepática ou presença de outros parâmetros de doença hepática crónica.

Mais complicada que a doença tem sido a sua vida! A partir do dia em que disse no colégio que tinha Hepatite B, foi de imediato proibida a sua frequência, a menos que levasse declaração médica atestando da sua não infecciosidade, declaração não possível porque falsa. A lei contempla a vacinação de profissionais e utentes de instituições com crianças com perturbações do desenvolvimento psico-motor e ainda os coabitantes de portadores crónicos, via porque tentámos a vacinação dos professores e colegas; mas a lei não contempla os professores e colegas de um portador conhecido de uma escola «normal», quando a escola é um local de coabitação onde a criança passa muitas vezes mais tempo que em casa. O Centro de Saúde da área da escola alegou falta de verbas. No colégio foi recusada uma acção de sensibilização para vacinação voluntária. No fim do ano lectivo é aceite a matrícula na escola da área de residência; no início das aulas é-lhe novamente recusada a frequência por constar do processo de transferência o seu estado de portador do VHB.

O CDC recomenda, desde 1991, a vacinação dos colegas e professores de crianças portadoras do VHB com problemas médicos específicos ou comportamentais. Em Portugal, no decreto regulamentar n.º 3/95, ao contrário das recomendações acima referidas, que protegem os colegas e professores, continua-se a optar pela exclusão do portador! «...nos portadores crónicos com ou sem doença activa deve também manter-se o afastamento quando se se verificarem dermatoses exsudativas ou coagulopatia com tradução clínica e em fase de hemorragia activa.» Passámos finalmente uma declaração baseada na lei, e passou a frequentar a escola. Ao passá-la defendemos o António, que voltou a possuir o direito à educação e à não discriminação. Mas que protecção concedemos aos seus colegas que têm direito a protecção e defesa em situação de risco, outro direito internacionalmente consagrado?

Defende-se: 1 — a declaração obrigatória dos portadores assintomáticos detectados, já que a infecção crónica pelo VHB é uma doença infecciosa com maior ou menor contagiosidade, com risco comunitário não negligenciável e passível de uma prevenção activa. 2 — A vacinação dos contactos escolares mais próximos, incluindo os professores, já que a escola é uma forma de coabitação.

É evidente que a solução definitiva é vacinação universal do RN, e para a qual já era tempo de terem acabado as dúvidas, polémicas e controvérsias, em favor de atitudes práticas e consequentes.

## TUBERCULOSE PULMONAR E ABDOMINAL - um caso clínico

Carvalho A, do-Ó L.

Serviço 2 Sala 3

Reunião clínica do Serviço 2 - Hospital de Dona Estefânia. Fevereiro 1996.

**RESUMO:** Os autores apresentam o caso clínico de um adolescente de 13 anos, sexo masculino, raça negra, natural e residente em Luanda, internado por síndrome febril arrastado, dor abdominal generalizada e emagrecimento progressivo.

À entrada apresentava-se emagrecido com peso de 27.5 kg, macishez à percussão do vértice do hemitórax esquerdo e diminuição do murmúrio vesicular à auscultação homolateral, palpação superficial do abdómen muito dolorosa mais notória na região peri-umbilical. Teleradiografia do tórax em postero-anterior revelando uma hipotransparência heterogênea do segmento apical posterior à esquerda e adenopatia hilar homolateral. Ecografia abdominal revelou múltiplas formações nodulares hipoecogêneas de contornos bem definidos a nível do fígado e a nível retroperitoneal. Laboratorialmente de referir apenas uma velocidade de sedimentação elevada (97 mm/h).

No 3.º dia de internamento a prova de Mantoux 5U PPD-S revelou uma induração com diâmetro transversal de 25 mm. Realizou-se TAC pulmonar e abdominal. Após as colheitas de expectoração, suco gástrico e urina para pesquisa de BAAR decide-se iniciar terapêutica anti-bacilar quádrupla (ISN-300 mg; RIF-500 mg; PZA-725 mg; Sm-500 mg) e Prednisolona 50 mg e.v. A pesquisa de Bacilo de Koch no suco gástrico foi positiva.

Ao 20.º dia de internamento é realizado clister opaco que revelou aspectos radiológicos compatíveis com tuberculose cólica. Foi realizado também trânsito intestinal que revelou aspecto compatível com tuberculose ileal.

Pela clínica, exames laboratoriais e imagiológicos realizados, conclui-se tratar-se de um caso de tuberculose pulmonar e abdominal.

A terapêutica realizada foi quádrupla durante dois meses, tendo havido um aumento ponderal de 15 kg naquele período, passando a terapêutica dupla até desaparecimento das lesões intra-abdominais (15 meses).

## UM CASO CLÍNICO DE BOTULISMO

Casimiro A, Cruz C, Carvalho L.

Sala 2 Serviço 2 do Hospital de Dona Estefânia.

Unidade de Infecto contagiosas H.D.F.. Fevereiro 1996

**RESUMO:** Os AA apresentam o caso clínico de uma criança de 9 anos, internada por manifestações gastrointestinais e neurológicas prolongadas. A evolução clínica sugeriu o diagnóstico de botulismo. Este foi confirmado pela pesquisa e identificação da toxina (A ou E) e electromiografia. Foi feito tratamento com antitoxina trivalente (A, B e E), sem reacções adversas e com boa recuperação clínica.

## SEQUELAS DAS MENINGITES BACTERIANAS - Casuística do H.D.E.

Baldaia J, Carvalho L, do-Ó L.

Serviço 2, Sala 3 - Hospital de Dona Estefânia

IX Jornadas Pediátricas do Hospital de Dona Estefânia. Fevereiro 1996

**RESUMO:** Foi nosso objectivo fazer um estudo retrospectivo das sequelas encontradas nas 492 crianças seguidas na nossa consulta, após terem estado internadas na Unidade de Doenças Infecto-Contagiosas do Hospital de Dona Estefânia entre 1 de Janeiro de 1985 e 31 de Dezembro de 1995, com o diagnóstico de meningite a *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae* tipo b e *Streptococcus pneumoniae*, num total de 610 doentes.

Analísamos a incidência e tipo de sequelas encontradas, tentando correlacioná-las com alguns parâmetros: idade, tempo de evolução da doença antes do início do tratamento e utilização de dexametasona.

Seguimos na nossa consulta:

- 35 casos de meningite a *Streptococcus pneumoniae*, tendo 5 (14,2%) apresentado sequelas, todas elas graves.
- 126 casos de meningite a *Haemophilus influenzae* tipo b, tendo 9 (7,2%) apresentado sequelas, 7 das quais graves e 2 moderadas.
- 331 casos de meningite a *Neisseria meningitidis*, tendo 17 (5,1%) apresentado sequelas, 8 das quais graves, 4 moderadas e 5 ligeiras.

Durante o período estudado a mortalidade geral foi de 3,2%, a incidência de sequelas de 6,3% e a sequelas graves de 4%.

Constatámos que nas meningites a *Streptococcus pneumoniae* e a *Haemophilus influenzae* tipo b todas as sequelas ocorreram em crianças com idade inferior a 2 anos.

Verificámos que um tempo de evolução da doença superior a 72 horas condicionou uma maior incidência de sequelas nas meningites causadas pelos três agentes em estudo.

A sequela mais frequente foi a surdez (39%). Dos 12 doentes com surdez, 8 fizeram terapêutica com dexametasona (66,6%), sendo o *Haemophilus influenzae* tipo b o responsável em 5 dos casos.

Estes dados levaram a que se tecessem algumas considerações relacionadas com o problema, actualmente controverso, da utilização da dexametasona nas meningites bacterianas.

Os autores terminam defendendo a introdução da vacina anti-*Haemophilus influenzae* tipo b no Plano Nacional de Vacinações, o que poderá contribuir para a erradicação da meningite causada por este agente patogénico.

## **MONONUCLEOSE INFECCIOSA - Passado (recente) e Presente: Revisão preliminar**

Baldaia J, Leça-Pereira A.  
Serviço 2 Sala 3 Hospital de Dona Estefânia  
Reunião do Serviço 2. Abril 1996

**RESUMO:** Os autores apresentam um estudo retrospectivo dos doentes com diagnóstico definitivo de mononucleose infecciosa, internados na Unidade de Doenças Infecto Contagiosas do Hospital de Dona Estefânia em dois períodos distintos: 1985 - 1989 (33 casos) e 1994 - 1995 (29 casos).

Dos resultados salientam:

- Predomínio no sexo masculino, na raça branca e no grupo etário  $\leq 4$  anos em ambos os períodos.
- O principal motivo de internamento foi a dificuldade respiratória alta de 1985 a 1989 e a febre de 1994 a 1995.
- Os principais sinais clínicos encontrados em ambos os períodos correspondem à tríade clássica da mononucleose infecciosa: febre, amigdalite e adenomegalias.
- A pesquisa de anticorpos heterófilos foi mais frequentemente positiva no grupo etário  $> 4$  anos de 1985 a 1989. No entanto e ao contrário do referido na literatura, tal não se verificou de 1994 a 1995.
- Em ambos os períodos a maioria dos doentes foi submetida a antibioterapia.
- A duração média de internamento foi de 6,3 dias de 1985 a 1989 e de 10,1 dias de 1994 a 1995 e à excepção de 1 doente, a evolução clínica foi favorável.

Por último os autores interrogam-se sobre as razões que terão levado a um aumento do número de doentes internados no período mais recente (33 casos de 1985 a 1989 - 5 anos e 29 casos de 1994 a 1995 - 2 anos): Será que a incidência da doença na idade pediátrica está a aumentar? Será a mononucleose infecciosa da criança actualmente mais grave? Será que os médicos pedem mais exames laboratoriais serológicos, mesmo em quadros clínicos menos típicos, permitindo um maior número de diagnósticos?



## MONONUCLEOSE INFECCIOSA: Revisão de 5 anos

Baldaia J, Leça-Pereira A.  
Serviço 2 Sala 3 - Hospital de Dona Estefânia  
Jornadas Luso-Espanholas de Pediatria. Outubro 1996

**RESUMO:** Os autores apresentam a revisão dos processos dos doentes internados na Unidade de Doenças Infecto-Contagiosas do Hospital de Dona Estefânia, no período de 1991 a 1995, com o diagnóstico definitivo de mononucleose infecciosa, baseado nas provas serológicas específicas do vírus de Epstein-Barr, num total de 60 doentes.

Houve um maior número de casos no sexo masculino, na raça branca e no grupo etário  $\leq 4$  anos.

Os principais motivos de internamento foram a febre, a dificuldade respiratória alta e a prostração.

Os principais sinais clínicos encontrados correspondem à tríade clássica da mononucleose infecciosa: febre, amigdalite e adenomegalias.

As grandes leucocitoses foram mais frequentes no grupo etário  $< 4$  anos e a leucopénia no grupo  $> 4$  anos. A linfocitose e a presença de linfócitos atípicos foram mais frequentes no grupo  $\leq 4$  anos.

Nesta série de doentes e ao contrário do referido na literatura não verificámos que o Monospot fosse mais frequentemente positivo no grupo  $> 4$  anos.

A maioria dos doentes foi submetida a antibioterapia.

Dos doentes medicados com amoxicilina apenas 26,6% desenvolveram exantema, percentagem muito inferior à referida na literatura.

O diagnóstico clínico foi feito em 51,6% dos casos na altura do internamento.

A maioria dos doentes esteve internada entre 5 e 10 dias, e à excepção de 1 doente, a evolução clínica foi favorável.

## SALMONELOSE ASSOCIADA A TARTARUGA DOMÉSTICA 1.º caso clínico descrito em Portugal

Ribeiro E, Guirado C, Leça-Pereira A, Cabrita S  
Unidade de Doenças Infecto-Contagiosas, Sala 3 - Serviço 2  
Reunião Clínica do Serviço 2. Outubro 1996  
(Com a presença, a pedido, de elementos do IRJ e da Direcção Geral da Saúde).

**RESUMO:** Em Setembro de 1996 o IRJ identifica, pela primeira vez em Portugal, um serotipo raro de *Salmonella*, *Salmonella urbana*, no sangue e fezes de uma criança internada na Sala 3. Os produtos biológicos são enviados para serotipagem, após identificação da bactéria, pelos médicos da secção de bacteriologia do Serviço de Patologia Clínica do IIDE.

Trata-se de uma criança de 4 anos, sexo feminino, raça branca, residente no concelho de Oeiras e tendo como animal de estimação uma tartaruga da espécie «*Scripta Elegans*», adquirida num hipermercado. História familiar irrelevante, havendo na história pessoal referência a anorexia, aceitando contudo a ingestão de 2 queijos frescos diários.

É internada para esclarecimento de Síndrome febril com 18 dias de evolução durante o qual é submetida a diversas terapêuticas antibióticas; referia cefaleias, náuseas, dor abdominal difusa e perda de peso não quantificada; à observação era uma criança transmitindo sensação de doença, prostrada, pálida, emagrecida; abdómen doloroso à palpação profunda em todos os quadrantes, com fígado palpável 3 cm abaixo do rebordo costal direito e «ponta» de baço.

Dos exames complementares então efectuados destaca-se: alteração ligeira da função hepática, reacção de Widal com ant. Tífico O neg., ant. Tífico H neg., ant. Paratífico A neg., ant. Paratífico B 1/320, reacção de Huddleson positiva 1/640, Rosa de Bengala, reacção de Coombs, reacção com 2-mercapto-etanol e reacção de imunofluorescência para *Brucella* positivas. Inicia, ao 4.º dia de internamento, terapêutica para *Brucelose* com gentamicina, rifampicina e cotrimoxazol; apirexia atingida ao 8.º dia de terapêutica, tendo alta clinicamente melhorada, mas mantendo palidez e prostração.

Dois dias após a alta temos conhecimento do isolamento de *Salmonella urbana* nas hemoculturas e coproculturas inicialmente efectuadas, com um perfil de resistência raro nos outros serotipos de *Salmonella* e que incluía os antibióticos administrados, pelo que se institui terapêutica com ceftriaxone durante 14 dias, com negatificação das hemoculturas e das coproculturas durante um período de 15 dias, após o que persiste a excreção fecal.

Este serotipo de *Salmonella* está associada a répteis de estimação nomeadamente tartarugas, pelo que se procede ao exame cultural da água do aquário, com crescimento de *Salmonella urbana*. Porque simultaneamente tinha sido comprada uma tartaruga a um primo da criança procede-se igualmente ao exame cultural da água do aquário desta 2.ª tartaruga com crescimento de *Salmonella urbana*. As coproculturas de ambos os agregados familiares revelaram-se negativas, à excepção da doente.

Este caso levanta alguns problemas: Estaremos perante o estabelecer de um estado de portador crónico? Quem controla e como é controlada a importação de tartarugas? Qual a real grandeza do risco comunitário? Qual o impacto da divulgação na opinião pública e quais os riscos que daí poderão advir, nomeadamente contaminação do meio ambiente?

Conclui-se pela importância de comunicação entre os técnicos envolvidos e da urgência da tomada de medidas a nível das estruturas responsáveis pela Saúde Pública.

## TUBERCULOSE PÓS-PRIMÁRIA EM PEDIATRIA

Lage M, Curvelo A

Unidade de Pneumologia - Serviço 2 - Hospital de D. Estefânia

IX Jornadas do Serviço 2. Fevereiro 1996

**RESUMO:** A tuberculose num adolescente pode surgir como forma pós-primária (tipo adulto), por reinfeção exógena ou, com maior frequência, por reactivação de uma tuberculose primária não tratada ou tratada de forma insuficiente.

Apresenta-se o caso clínico da Sara, internada aos 12 anos de idade por pneumonia do pulmão esquerdo com cavitação. Tinha sido diagnosticada e tratada tuberculose no pai um ano antes, tendo a Reacção de Mantoux da Sara e do irmão apresentado, na mesma altura, induração de 20 mm, sem ter sido instituída terapêutica. A Reacção de Mantoux no internamento foi negativa mas a pesquisa de BK foi positiva no exame cultural do suco gástrico e da expectoração. Fez terapêutica antibacilar por um período de 9 meses, utilizando 4 medicamentos nos dois primeiros meses. A evolução clínica foi favorável, com baciloscopias negativas ao 45.º dia de terapêutica.

O segundo caso clínico diz respeito ao João, internado aos 12 anos de idade por pneumonia bilateral com focos múltiplos, astenia e emagrecimento. A Reacção de Mantoux foi de 20 mm. A pesquisa de BK foi positiva no exame directo da expectoração e do lavado bronco-alveolar e na cultura do suco gástrico. Fez 9 meses de terapêutica antivacilar com baciloscopias negativas aos 15 dias de terapêutica mas com reagravamentos clínicos (emagrecimento, astenia) por não cumprimento da terapêutica instituída.

Salienta-se, na discussão, o facto de estes doentes serem frequentemente bacilíferos, recomendando-se nesse sentido a pesquisa sistemática de BK na expectoração, suco gástrico e urina, o isolamento dos doentes, o rastreio dos contactos com identificação do BK infectante, o controle da adesão à terapêutica e, eventualmente, a determinação do TSA do bacilo e da serologia para o VIH.

## MALFORMAÇÕES TRÁQUEO-ESOFÁGICAS

Cavaco J, Cabral M, Tavares M, Carapau J, Videira-Amaral J.  
Serviço 1 - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais  
Serviço 2 - Unidade de Pneumologia.  
Anais Portugueses de Medicina. Vol I. - N.º 2; Jan/Mar 1996

**RESUMO:** Os autores procederam a um estudo das malformações tráqueo-esofágicas, ocorridas em RN internados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, entre 1 de Janeiro de 1984 e 30 de Setembro de 1991.

Dos 2086 RN observados, 46 (2,2%) evidenciaram malformações tráqueo-esofágicas.

Na maioria dos casos o diagnóstico foi efectuado precocemente (antes das 3 horas de vida). A atresia do esófago com fistula tráqueo-esofágica distal foi a anomalia detectada com maior incidência (76%). A taxa de sobrevivência foi de 65%. O peso ao nascer, a idade gestacional e a presença de malformações associadas constituíram factores que influenciaram o prognóstico.

As infecções respiratórias baixas recorrentes foram o motivo de vigilância em Consulta de Pneumologia de alguns casos com malformações tráqueo-esofágicas.

## PARA QUE SERVE O MANTOUX AFINAL?

I. age M, Lopes B, Carapau J

Unidade de Pneumologia - Hospital de D. Estefânia

Jornadas de Pediatria do Hospital de S. Francisco Xavier. Maio 1996

**RESUMO:** Os autores seleccionaram casos recentes exemplificativos de atitudes incorrectas face à Prova de Mantoux, nalguns casos com consequências imediatas graves.

Alertam para a leviandade destas atitudes, que reflectem a valorização da prova de Mantoux apenas como avaliadora da necessidade de revacinação pelo BCG, sendo minimizada a sua primordial função como prova diagnóstica de tuberculose infantil.

Propõem que este teste seja encarado, na sua valorização, como um verdadeiro acto médico, tendo em conta os factores de risco existentes e a situação clínica da criança, para que seja feito o encaminhamento correcto da situação.

Cavaco J, Lopes B, Carapau J  
Serviço 2 - Unidade de Pneumologia - Hospital de D. Estefânia  
Reunião Clínica do Serviço 2. Maio 1996

**RESUMO:** É descrito o caso clínico de uma criança de 3 anos de idade, sexo feminino, raça branca, internada aos 14 meses de vida (Março de 1994) por pneumonia pós-sarampo.

A evolução clínica foi arrastada, com episódios de dificuldade respiratória grave com hipoxémia, que condicionaram o recurso a altas doses de corticosteroides e broncodilatadores EV.

A infecção pelo vírus do sarampo foi confirmada serologicamente, assim como a co-infecção por adenovirus e a intercorrência durante o internamento de infecção nosocomial com o vírus respiratório sincicial. Foi por esse motivo efectuada terapêutica com Ribavirina em acrossol (1.º vez que tal procedimento foi utilizado no HDE), sem grande sucesso terapêutico.

No decurso do internamento verificaram-se múltiplas infecções bacterianas e em determinada altura a colonização por *Serratia marcescens* e *Pseudomonas aeruginosa*, com agravamento do quadro clínico e necessidade de ventilação assistida durante um breve período.

A resolução do quadro clínico foi lenta, com evolução para a bronquiolite obliterante, com certo grau de hipertensão pulmonar, que obrigaram à instituição de terapêutica vasodilatadora, diuréticos e O<sub>2</sub> permanente.

Persiste, no entanto, grave compromisso da função respiratória resultante das sequelas da infecção concomitante pelo vírus do sarampo e adenovirus e que se traduzem na T.A.C. torácica efectuada a 27/5/95 por: Múltiplas áreas de opacidade em «vidro de relógio» dispersas bilateralmente nos campos pulmonares. Bronquiectasias em brônquios segmentares dos lobos médios e inferiores.

Inicialmente corticodependente, foi possível reduzir progressivamente a dose de corticosteroides administrados, encontrando-se actualmente apenas medicada com budesonido em aerossol uma vez por dia.

Por apresentar ligeira hipertensão pulmonar mantém ainda indicação para oxigenoterapia permanente e vasodilatadores, assim como necessidade de broncodilatadores.

Apesar da melhoria relativa do quadro clínico que se tem reflectido no aumento de peso e na possibilidade de manter esta criança desde o início de 1995 quase sempre no domicílio, permanece ainda a necessidade de continuar a fisioterapia com frequência diária por profissionais qualificados no Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital de Dona Estefânia assim como a vigilância clínica com consultas frequentes em regime de ambulatório.

## UNIDADE DE PNEUMOLOGIA - Internamentos em 1995

Seves G, Lopes B, Carapau J.

Reunião do Serviço 2.

Outubro 1996

**RESUMO:** Durante o ano de 1995 foram internados 106 doentes na Unidade de Pneumologia do Hospital de Dona Estefânia, 78,3% dos quais através da Consulta Externa de Pneumologia.

Em relação à distribuição etária notou-se um predomínio do grupo dos 2-6 anos (59%), seguido do grupo dos 7-10 anos (22%), 11% dos doentes tinham mais de 10 A e apenas 8% menos de 2 anos de idade.

A duração do internamento oscilou entre períodos inferiores a 24 horas e 9 meses. Assim, 60% dos internamentos foram de curta duração (para realização de exames complementares ou administração de gama-globulina), 2 de longa duração (1 caso de hipertensão pulmonar primária e um de pneumonia a *Aspergillus fumigatus* numa criança com doença granulomatosa crónica). 37% dos internamentos foram de média duração, sendo as patologias mais frequentes do foro infeccioso, nomeadamente as pneumonias agudas (18). São ainda de referir 16 internamentos por fibrose quística.

Os exames complementares e as terapêuticas foram subordinadas às patologias de base, destaca-se o número de TAC torácicas e broncoscopias. A terapêutica mais utilizada foram os antibióticos, em 16 casos foi administrado 1 antibiótico mas em 28 foram usados mais que 1.

## REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO NO DOENTE COM FIBROSE QUÍSTICA

Lopes B, Curvelo A.

Unidade de Pneumologia - Hospital de D. Estefânia

Jornadas Luso-Espanholas de Pediatria.

Lisboa, Outubro 1996

**RESUMO:** Do total de 24 doentes com o diagnóstico de Fibrose Quística (FQ), seguidos actualmente na Consulta de Pneumologia do Hospital de Dona Estefânia, foram efectuadas Phmetrias realizadas na Unidade de Gastroenterologia, a 17 doentes com idades compreendidas entre 2 meses e 18 anos. Verificou-se haver refluxo gastro-esofágico (RGE) em 8 crianças (47%), nas quais em 2 foi considerado grave. Foi prescrito tratamento médico na totalidade dos doentes afectados, sendo posteriormente reavaliados.

Os doentes foram avaliados quanto à gravidade da doença de base, sintomatologia e mutação genética, não parecendo haver alguma relação importante entre a existência de refluxo e estes parâmetros, com excepção da maior incidência de RGE associada à mutação  $\Delta F508$ . É aconselhado o estudo por Phmetria em todos os doentes com F.Q., atendendo à frequência e possível gravidade da situação.



## PNEUMONIA NO DOENTE DREPANOCÍTICO\*

Cavaco J.

Unidade de Pneumologia - Hospital de D. Estefânia

Infecção Pulmonar na Criança. IV Reunião da Secção de Pneumologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria.

Lisboa, Novembro 1996

**RESUMO:** Clinicamente a drepanocitose é caracterizada por crises recorrentes, que na criança são muitas vezes precipitadas ou agravadas por infecções.

A maioria da morbidade e mortalidade observadas na criança são consequência da infecção bacteriana e/ou lesão aguda ou crónica de 3 órgãos principais: o baço, o SNC e o pulmão.

Como o processo de falciformação é resultante da desoxigenação do eritrócito, o pulmão como órgão fundamental para a oxigenação e remoção do CO<sub>2</sub>, tem um papel importante nas manifestações da doença. Tem a tarefa de compensar a tendência crónica para a hipóxia tecidual que existe nestes doentes, mas é também vulnerável aos fenómenos vaso-oclusivos desencadeados pela falciformação.

A pneumonia é uma das infecções mais frequentes na criança drepanocítica, com maior incidência na criança abaixo dos 5 anos. Os microrganismos mais frequentemente incriminados são o *Streptococcus pneumoniae*, o *Haemophilus influenzae*, o *Staphylococcus aureus* e o *Mycoplasma pneumoniae*, ultimamente têm sido identificados casos a *Chlamydia pneumoniae*.

O *Streptococcus pneumoniae* continua a ser o agente preponderante apesar das instituições de medidas profiláticas, pelo que a terapêutica empiricamente iniciada tem como objectivo o tratamento da infecção pneumocócica grave, que nestes doentes é de evolução por vezes fulminante e fatal.

A prevenção assenta em 3 pontos fundamentais:

1. Profilaxia com a penicilina oral iniciada logo que o diagnóstico esteja estabelecido e de preferência pelos 2 meses de idade até aos 5 anos de vida período em que estas crianças são mais susceptíveis e vulneráveis às infecções por pneumococos.
2. Administração da vacina anti-pneumocócica.
3. Administração da vacina conjugada anti-haemophilus influenzae B.

A esperança de vida dos doentes com anemia das células falciformes tem vindo progressivamente a aumentar, novas modalidades terapêuticas têm sido experimentadas com algum sucesso, aguarda-se com expectativa a introdução da vacina conjugada anti-pneumocócica, mas o futuro parece residir na terapêutica genética.

\* Artigo original

## REFLUXO VESICO-URETERAL: Revisão Casuística

Casimiro A, Vicira E, Nogueira G, Castro I, Ferra-Sousa J.

Reunião do Serviço 2 de D. Estefânia Janciro 1996.

Jornadas Luso-Espanholas de Pediatria - Hospital de Dona Estefânia, Outubro 1996.

Reunião Anual de Nefrologia Pediátrica, Dezembro 1996.

**RESUMO:** A nefropatia de refluxo constitui uma causa importante de morbilidade e mortalidade, na adolescência e adulto jovem. Foram avaliados 1920 processos, correspondentes a crianças que frequentaram a consulta de Nefrologia Pediátrica do HDE (Janciro de 1990 a Dezembro de 1995). A incidência desta patologia é de 14,2%, sendo em 56,8% dos casos primário e em 43,2% secundário. A disfunção vesical, duplicidade pelo-ureteral e a hexiga neurogénica são as patologias mais comumente implicadas na génese do RVU secundário.

O RVU primário foi mais frequente nas crianças com menos de 1 ano (40,6%), predominando no sexo masculino. Maioritariamente de grau II e III (53,5%), do tipo «activo e passivo» (63,9%), envolvendo 215 ureteres. A infecção urinária (IU) e a IU de repetição são o sintoma revelador preponderante. Sob tratamento conservador exclusivo 82,5% das crianças. Evoluíram para a cura 57%; melhoraram 16,4%; mantiveram o mesmo estado 22,7%; e agravaram 3,9% dos casos. Só em 3% das crianças ocorreu IU. Os restantes 17,5% das crianças necessitaram de reimplantação ureteral, normalmente devido a um conjunto de razões, mas em 22% dos casos devido exclusivamente ao grau (IV ou V). Verificou-se cura em 85,2% das crianças e necessitaram de reoperação 14,8% delas. As sequelas cicatriciais foram as mais frequentes (39,3%), mas também ocorreram insuficiência renal (2%) e HTA (2%). Não houve aparecimento de novas lesões cicatriciais ou agravamento das existentes nas crianças sujeitas a tratamento médico. Verificou-se aparecimento de nova cicatriz em doente submetido a cirurgia (4%).

Conclui se pela detecção precoce e tratamento atempado do RVU, dado que a cicatriz renal surge em qualquer grau de refluxo. A resolução espontânea do RVU ocorre frequentemente quando o grau é inferior ou igual a III, pelo que cada vez mais se opta pelo tratamento conservador nestas situações. Referenciam-se as indicações discutíveis do tratamento cirúrgico neste grupo nosológico.

## ALTERAÇÃO DA MICÇÃO, INFECÇÃO URINÁRIA, REFLUXO VESICO-URETERAL - Que tratamento?

Castro I, Soares E, Casimiro A, Nogueira G.

Serviço 2 - Unidade de Nefrologia.

IX Jornadas de Pediátricas do Serviço 2. Lisboa, Fevereiro 1996

**RESUMO:** Tem sido descrita uma correlação estreita entre infecção urinária, refluxo vesico-ureteral e disfunção miccional na criança. A obstrução funcional causada pela disfunção vesical/ureteral representa um elevado risco de recorrência de infecção urinária, indução e perpetuação do refluxo (mesmo após correcção cirúrgica) e de lesão renal permanente. A normalização da alteração da micção como problema primário, é crítica na resolução de problemas secundários tais como a infecção urinária e o refluxo vesico-ureteral.

Trinta e sete crianças com refluxo vesico-ureteral secundário a disfunção miccional foram detectadas, avaliadas e tratadas na Unidade de Nefrologia do Serviço 2 do Hospital de Dona Estefânia entre 1 de Janeiro de 1990 e 1 de Janeiro de 1995 (5 anos). Foram estudados 49 ureteres.

A infecção urinária foi o sintoma revelador em todas as crianças, ocorrendo entre 1 mês e os 13 anos de idade (mediana de 2,5 anos). Todas as crianças eram neurologicamente e estruturalmente normais, detectando-se sintomatologia sugestiva de instabilidade ou imaturidade vesical em 34 (91%) e sugestiva de obstrução esfinteriana funcional em 3 (8,1%). Os estudos ecográfico e cistográfico efectuado em todas as crianças, com o apoio do estudo urodinâmico em 17 (45,9%) confirmaram o diagnóstico clínico. Em 29 (78,4%) das crianças foi efectuada cintigrafia com DMSA (Ácido Dimercaptosuccínico), revelando cicatriz renal em 26 (89,6%) dos exames. Foi incentivado um programa de reeducação vesical e regularização dos hábitos intestinais em todas as crianças, associado a terapêutica anticolinérgica em 23 (62,2%) e/ou relaxantes musculares em 3 (8,1%) e fenoxibenzamina e algaliação intermitente (1,5 mês) em uma (2,7%), para além da quimioprofilaxia da infecção urinária instituída em 34 (91,9%) das crianças.

Houve resolução completa da infecção urinária em 35 (94,6%) com reeducação da sua frequência nas outras 2 (5,4%), cura do RVU em 32 (86,5%) e melhoria em 4 (10,8%). Verificou-se desaparecimento dos sinais de disfunção vesical em 22 (59,5%) casos com redução na intensidade e frequência em 14 (37,8%), mantendo-se uma criança (2,7%) com síndrome de urgência e refluxo vesico-ureteral inalterado.

Estes dados implicam que a detecção e tratamento da disfunção vesical/esfinteriana, são essenciais em todas as crianças com o complexo infecção urinária recorrente e refluxo vesicoureteral.

## DOENÇA POLIQUÍSTICA

Barata I, Neto A, Ferra-Sousa J.

Reunião do Serviço 2. - Junho 1996

Jornadas Luso-Espanholas de Pediatria. Lisboa, Outubro de 1996.

**RESUMO:** Os autores realizaram um estudo retrospectivo dos casos de doença poliquística na população da Consulta de Nefrologia do Hospital de Dona Estefânia, no período de Janeiro de 1977 a Dezembro de 1995.

**OBJECTIVOS** - Avaliar: a prevalência da doença poliquística na população da Consulta de Nefrologia, o valor da ecografia pré-natal no diagnóstico, as complicações, evolução e o conhecimento desta patologia pelos familiares.

**RESULTADOS** dos 5 996 doentes inscritos na Consulta, 68 (1,1%) apresentavam lesão renal quística. Destes doentes 24 (35,5%) tinham doença poliquística e foram objecto de estudo.

O diagnóstico foi confirmado em todos os casos por ecografia renal; a urografia endovenosa foi realizada em 4 doentes, a cintigrafia com DMSA em 12 e o renograma com DTPA em 8. Os principais motivos de envio à Consulta foram o rastreio familiar (8 doentes) e o diagnóstico pré-natal (6 doentes). A idade de diagnóstico mais frequente situou-se acima dos 5 anos (12 doentes) tendo as formas de doença com maior gravidade diagnóstico pré-natal e/ou nos primeiros anos de vida. Durante o período de estudo constatou-se atraso de crescimento em 3 crianças, 2 das quais com insuficiência renal. A hipertensão arterial foi diagnosticada em 6 doentes, sendo grave em 3 e encontrando-se a actividade plasmática da renina elevada em 4. Nove crianças tinham patologia malformativa associada, das quais 5 com malformação nefro urológica. Apenas 10 famílias conheciam o risco de transmissão da doença e 15 a possível evolução para insuficiência renal.

**CONCLUSÕES** - O diagnóstico pré-natal (25%) e no primeiro ano de vida (8,3%) corresponde a formas de apresentação clínica mais grave; em 33,3% dos casos o diagnóstico foi feito na sequência de rastreio familiar; em 33,3% dos doentes havia sintomatologia do foro nefro-urológico; o diagnóstico precoce e o tratamento adequado da patologia associada, infecção urinária e/ou hipertensão, permitiu minimizar/prevenir a lesão renal.

## PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH Casuística Nacional das Unidades de Nefrologia Pediátrica

Batista J, Ribeiro M, Mendonça E.  
Reunião Anual de Nefrologia Pediátrica.  
Lisboa. Dezembro 1996.

**RESUMO:** A nefropatia é o factor determinante do prognóstico a longo prazo da Púrpura de Schönlein-Henoch (PSH).

Com o objectivo de avaliar a evolução e o prognóstico da nefropatia da PSH entre as crianças observadas nas consultas de nefrologia dos Hospitais D. Estefânia, Maria Pia, Pediátrico de Coimbra, St.ª Maria, St.º António e S. João, foi elaborado um inquérito e pedida a colaboração das consultas de nefrologia citadas, para o seu preenchimento. Com o inquérito tentou-se avaliar as particularidades clínico-biológicas, histológicas e evolutivas da manifestação renal dos casos de PSH seguidos naquelas consultas entre 1/85 e 12/95.

Foram identificados 126 doentes, 58 do sexo masculino e 68 do sexo feminino. A idade média do episódio inicial foi de 6.8 anos e o tempo médio de controlo em consulta de 4.5 anos. A biópsia renal foi efectuada em 31 doentes (em 2 foi branca) e os resultados histológicos foram classificados de acordo com a classificação do ISKDC. O tipo I estava presente em 3 doentes, o II em 20, o III em 3, o IV em 1 e o V em 2.

Sob o ponto de vista evolutivo 42% estava assintomático, 47.6% tinha alterações laboratoriais mínimas (microhematúria e/ou proteinúria de + a ++), 8% tinham doença renal activa (hipertensão, proteinúria = 40 mg/m<sup>2</sup>/h e/ou DFG 60 ml/m 1.73m<sup>2</sup>) e 2.4% tinham evoluído para IRC (insuficiência renal crónica).

Dos 3 doentes que evoluíram para IRC, em 2 o quadro inicial foi exuberante (sind. nefrítico/nefrótico e sind. nefrítico) e no terceiro foi acompanhado apenas de microhematúria. Quanto à histologia classificaram-se nos graus IV e V.

Os resultados encontrados estão de acordo com os referidos na literatura. Investigações recentes atribuem ao grau da lesão histológica o papel preditivo da evolução em detrimento da manifestação renal inicial, que é valorizada por outros estudos.

Assim, poderemos concluir que: a evolução clínica de nefropatia de PSH é difícil de prever, mas parece estar relacionada com a gravidade e extensão da lesão glomerular e na ausência de factores preditivos o controlo deveria ser feito a longo prazo. A importância do controlo a longo prazo é tanto maior quanto se admite na actualidade que tal como na Nefropatia de IgA também na PSH os depósitos de IgA no mesângio têm um papel determinante na patogénese e progressão da lesão renal.

## DEFICIÊNCIA MENTAL. COMO E O QUE INVESTIGAR?

Moreno T, Cabral P.

Unidade de Neuropediatria.

IX Jornadas Pediátricas do Serviço 2. Lisboa, Fevereiro 1996.

**RESUMO: OBJECTIVOS** - Rever os conhecimentos sobre os conceitos actuais, a prevalência, etiologia e conhecer a abordagem realizada na nossa unidade, neste tipo de patologia.

**MATERIAL E MÉTODOS** - Procedeu-se a extensa revisão bibliográfica e estudo retrospectivo dos 100 últimos casos referenciados à consulta de Neuropediatria por atraso mental ou do desenvolvimento e nos quais se confirmou a existência de deficiência mental. Analisaram-se os dados clínicos relativos à anamnese, observação e exames complementares pedidos, tentando correlacionar-se a sua contribuição relativa para o diagnóstico.

**RESULTADOS** - Nos cem doentes estudados (58M:42F), não se evidenciaram factores de risco valorizáveis na gravidez e parto. Sessenta e seis foram referenciados antes dos 6 anos de idade e 25 antes dos 2 anos. Dos antecedentes familiares destaca-se 10% de consanguinidade.

Quanto ao seu grau de deficiência mental: profunda - 3 casos, grave - 12, moderada - 39 e ligeira - 46. Apenas em 20% dos casos foi possível identificar um diagnóstico etiológico.

**CONCLUSÃO** - A deficiência mental é uma patologia difícil de abordar pela enorme diversidade de etiologias possíveis e pela pouca especificidade da apresentação. Uma avaliação clínica e uma anamnese cuidada permanecem ainda a base da abordagem destes doentes, orientando uma investigação complementar dirigida.

## TRAUMATISMOS CRÂNIO-ENCEFÁLICOS Abordagem, Internamento e Seguimento

Dias A, Calado F, Sousa M.

Serviço de Neurocirurgia do Hospital de S. José.

Unidade de Neuropediatria do Hospital de Dona Estefânia.

Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital de Dona Estefânia.

Reunião Geral do Hospital de Dona Estefânia. Fevereiro 1996.

**RESUMO:** Foi feita uma breve revisão teórica sobre traumatismos crânio-encefálicos (TCE), com particular incidência sobre a avaliação clínica e os sinais de gravidade e foram apresentadas as casuísticas dos doentes com TCE internados no Serviço 3 Sala 2 do Hospital de Dona Estefânia (n=35) e das crianças internadas no Serviço de Neurocirurgia do Hospital de S. José (n=59), em 1995.

Dos dados analisados em relação ao S3 S2 salienta-se: sexo masculino = 66%, sexo feminino – 34%; A maioria dos doentes tinha uma idade inferior ou igual a 3 anos (57%); 51,5% dos doentes teve fractura do crânio; A duração média do internamento foi de 4 dias.

Em relação aos doentes internados no Serviço de Neurocirurgia do Hospital de S. José, salientam-se os seguintes dados: Sexo masculino = 53%, sexo feminino = 37%; Quanto à idade não houve diferenças significativas nos diversos grupos etários; As principais causas de TCE foram as quedas, seguidas dos acidentes de viação, incluindo atropelamento; 18% dos doentes eram politraumatizados e 55,9% apresentou fractura de crânio; 8 doentes foram submetidos a intervenção cirúrgica; Foi avaliado o score da escala de comas de Glasgow à entrada e à saída: 64,4% tinham score de 14 para 15 e apenas 5% tinha score inferior a 5, à entrada; 89,9% tiveram score de 14 para 15 à saída; Faleceram 2 doentes, politraumatizados graves; A média de internamento foi de 9 dias.

A propósito deste tema foram debatidas questões prementes relacionadas com a articulação da Neurocirurgia do Hospital de S. José com o Hospital de Dona Estefânia na assistência aos doentes daquele foro, uma vez que o facto de o apoio neurocirúrgico continuar sediado no Hospital de S. José, aliado à inexistência de tomografia axial computadorizada no Hospital de Dona Estefânia, cria sérios problemas de funcionamento que se repercutem na qualidade da prestação dos cuidados médicos, nomeadamente em situações que requerem rapidez de decisão e de intervenção.

## PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA - QUE ORIENTAÇÃO?

Dias A, Cruz C, Portugal I, Calado E, Dias K.

Serviço 2 - Unidade de Neuropediatria.

Serviço de Medicina Física e Reabilitação.

IX Jornadas Pediátricas do Serviço 2 do Hospital de Dona Estefânia. Lisboa, Fevereiro 1996.

**RESUMO:** Após definição de paralisia facial periférica, os autores fizeram a distinção entre as paralisias faciais idiopáticas e secundárias, cuja abordagem e encaminhamentos são diferentes.

Exemplificaram com dois casos clínicos paradigmáticos: 1 - Rapariga de 10 anos internada no Hospital de Dona Estefânia com paralisia facial periférica secundária a hipertensão arterial num contexto de nefropatia de refluxo e insuficiência renal crónica. 2 - Rapaz de 10 anos também observado no H. D. E., com uma paralisia facial periférica e tratava-se de um síndrome de Ramsay Hunt.

Em seguida apresentaram uma proposta de abordagem das paralisias faciais e uma revisão casuística dos casos de paralisia facial periférica que recorreram ao S.U./Serviço de MFR em 1994/95.

Das cerca de 106.000 crianças que recorreram ao serviço de urgência do H. D. E., no ano de 1994, 26 tinham paralisia facial periférica (0,02%), sendo 69% do sexo feminino e 31% do sexo masculino. A maioria (17) tinha idade compreendida entre os 8 e os 14 anos, 4 tinham entre 1 e 3 anos e 5 dessas crianças tinham entre 3 e 7 anos. Em relação à distribuição sazonal a prevalência foi nos meses mais frios (20) - de Outubro a Março. Das 26 crianças, a 19 foi feita observação ORL, tendo 9 ficado internadas no Serviço de ORL. Após observação no S. U. 13 foram encaminhadas para consulta de ORL, 4 para a Medicina Física e Reabilitação, 1 para a consulta de Pediatria Médica e 5 para a consulta de Neuropediatria.

Foram admitidos no Serviço de MFR nos anos de 1994/1995, 35 paralisias faciais, 17 do sexo masculino e 18 do sexo feminino. Dezoito dessas crianças tinham sido enviadas pelo SU, 3 pela ORL, 3 pelo Berçário (congénitas), 1 pela consulta de Pediatria, 1 pelo Serviço 2 Sala 2 e 8 cuja origem era desconhecida. Quanto à lateralidade o predomínio foi direito (51%). Quanto à etiologia verificou-se que 60% foram idiopáticas e 40% foram secundárias, destas últimas 25,7% eram do foro ORL e 3 eram congénitas. Ecografia transfontanelar, Tomografia axial computadorizada crânio-encefálica e Ressonância Magnética foram normais. A cerca de 17% foi prescrito tratamento com corticóide. A 40% das crianças não foi possível determinar o tratamento efectuado. Das referidas 35 crianças, a 34 foi efectuado tratamento de MFR (23 no HDE e 11 noutra local). Observou-se uma evolução desfavorável apenas em 2 crianças.



## COREIA FAMILIAR

Dias A, Dias K.

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

I Jornadas de Neurologia Pediátrica. Lisboa, Novembro 1996.

**RESUMO:** A Coreia Familiar Benigna é uma situação rara que se manifesta habitualmente nos primeiros anos de vida e se caracteriza por movimentos coreicos de gravidade variável, envolvendo simetricamente os membros, o tronco e a cabeça, de forma não paroxística e não progressiva, podendo mesmo melhorar com a idade. Não há outros sinais neurológicos excepto, por vezes, o tremor. Não existe nomeadamente atraso mental, embora haja referência a casos com algum grau de défice intelectual. Os exames neuroimagiológicos, neurofisiológicos e laboratoriais são normais.

A etiologia é desconhecida e a forma de hereditariedade é mais frequentemente autossómica dominante mas há famílias em que a transmissão é autossómica recessiva, sendo variável a expressividade intra e interfamiliar.

Geralmente não é aconselhada qualquer terapêutica embora estejam descritos casos de melhoria clínica com carbamazepina, corticosteróides, haloperidol ou clorpromazina.

O termo benigno é controverso pois há casos em que os movimentos involuntários são incapacitantes e outros, raros, em que o atraso mental pode ser significativo. Por este motivo alguns autores preconizam a denominação coreia familiar não progressiva. As formas atípicas podem colocar problemas de diagnóstico diferencial com as distonias ou com o tremor familiar.

Na presente comunicação são apresentadas em vídeo 2 famílias: na primeira existem apenas 2 irmãos afectados (um rapaz e uma rapariga), sugerindo uma hereditariedade de tipo autossómico recessivo. Na outra família são sintomáticos a mãe e um filho, tratando-se muito provavelmente de uma determinante genética autossómica dominante.

## TRANSTORNOS DO MOVIMENTO - Casos clínicos

Teles L., Calado E., Cabral P., Dias K.

Unidade Neuropediatria.

Primeiras Jornadas de Neurologia Pediátrica. Lisboa, Novembro 1996.

**RESUMO:** Os autores apresentam dois casos clínicos de transtornos do movimento.

1.º Caso - Criança de 9 anos de idade, sexo feminino, com coreatetose paraxística cinesigénica familiar.

2.º Caso - Criança de 5 anos de idade, sexo feminino, que iniciou subitamente movimentos involuntários de média amplitude, rítmicos, rápidos e generalizados, desencadeados pelo movimento e que desapareciam em repouso. Este quadro foi acompanhado de cefaleias, vômitos e nistagmo horizontal em todas as posições do olhar. Nunca apresentou alterações da consciência.

Na investigação diagnóstica exclui-se neuroblastoma e os estudos neurometabólicos e neuroradiológicos foram considerados normais. Salienta-se um título elevado de IgM e IgG para *Mycoplasma pneumoniae*.

Verificou-se uma melhoria lenta e progressiva, encontrando-se actualmente (4 meses depois) com ligeiro tremor intencional.

Discutem-se as diferentes hipóteses diagnósticas.

## COARCTAÇÃO DA AORTA E CIV - Caso clínico

Casimiro A, Menezes I, Anjos R, Martins F.

Serviço 2 Sala 1

Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Cruz.

Reunião Anual da Sessão de Cardiologia Pediátrica, Hospital de Santa Cruz. Janeiro 1996.

**RESUMO:** Criança de 18 meses com história de cardiopatia congénita (coarctação da aorta e comunicação interventricular = CIV) detectada no período neonatal. Nos primeiros dias de vida é sujeita a intervenção cardio-torácica para correcção da coarctação e é colocado «Banding da artéria pulmonar». Pós operatório sem complicações e assintomática até aos 12 meses, altura em que apresenta clínica de recoarctação da aorta. Efectua ecocardiograma que demonstra encerramento da CIV. Procedeu-se a cateterismo cardíaco para dilatação da recoarctação da aorta e simultaneamente tentou-se dilatação do «Banding da AP» com melhoria hemodinâmica imediata. Aos 18 meses apresenta-se assintomática, apenas com ligeiro gradiente trans-«Banding» da AP.

## TUBERCULOSE INFANTIL - QUIMIOPROFILAXIA 1.ª E 2.ª

Cavaco J.

Serviço 2 - Hospital de Dona Estefânia.

IX Jornadas Pediátricas do Serviço 2 - Hospital de Dona Estefânia. Controvérsias, Dúvidas e Polémicas em Clínica Pediátrica. Fevereiro 1996.

**RESUMO:** A tuberculose é uma doença infecciosa de contágio principalmente inter-humano. O controlo da tuberculose depende da prevenção, da descoberta de novos casos e do seu tratamento eficaz.

A prevenção faz uso do BCG consoante a situação epidemiológica de cada país e a prevalência da infecção a BK na população, e também da quimioprofilaxia quer primária quer secundária. O objectivo da quimioprofilaxia primária é impedir o aparecimento de novos casos de infecção tuberculosa. É dirigida a conviventes e contactos próximos com a fonte infectante (baciloscopia positiva), vacinados ou não. Deve ser efectuada com isoniazida 5 a 10 mg/kg/dia sem exceder os 300 mg/dia enquanto durar o contágio e um mínimo de 3 meses, após o que é feita uma prova de Mantoux. Se esta for negativa deve-se proceder à vacinação com o BCG, se for superior a 10 mm, diagnosticar tuberculose-infecção ou tuberculose doença conforme a situação e tratar em conformidade.

A quimioprofilaxia secundária tem por objectivo impedir a passagem do estadio de tuberculose infecção ao estadio de tuberculose doença, consiste na administração de antibacilares ao doente infectado, e por isso, melhor designada tratamento da tuberculose-infecção.

Sabe-se que muitos casos de reactivação endógena e de resistência são consequência de tratamentos deficientemente instituídos, mal conduzidos, e que acarretam a fraca adesão por parte do doente.

Com o objectivo de uniformizar critérios e procedimentos, tanto do ponto de vista do diagnóstico como do tratamento, está em vigor no Serviço 2 do Hospital Dona Estefânia, desde 1987, um protocolo de actuação, que visa minimizar estes problemas. Este protocolo que se tem mostrado eficaz foi recentemente actualizado, sobretudo em relação à quimioprofilaxia secundária, preconizando nestas situações a utilização de isoniazida e rifampicina durante 4 meses, o que pensamos ser o limite de tempo seguro para esterilizar completamente todos os focos profundos.

## BORRELIÓSE

Cavaco J, Curvelo A, Carapau J.

Serviço 2 - Hospital de Dona Estefânia. IX Jornadas Pediátricas do Serviço 2 - Hospital de Dona Estefânia. Controvérsias, Dúvidas e Polémicas em Clínica Pediátrica. Fevereiro 1996.

**RESUMO:** Frequente no Alentejo há 50 anos uma borreliose responsável pela febre recorrente mediterrânica, causada pela *Borreliia* Hispânica, foi desaparecendo, devido à progressiva extinção do *Ornithodoros erraticus*, vector da borreliia causadora desta doença; no entanto uma nova borreliose emergiu. Na Península Ibérica, é feita a primeira comunicação de doença de Lyme em 1987 em Espanha e em Portugal, o primeiro caso é diagnosticado por David de Moraes em 1989, numa mulher residente no distrito de Évora; o mesmo autor tem publicados cerca de dezasseis casos de doentes confirmados serologicamente.

É apresentado o caso clínico de uma doente internada em 1991 no serviço 2 sala 2, que apresenta uma clínica não muito compatível com doença de Lyme, mas uma serologia muito sugestiva, pelo que o diagnóstico definitivo foi de doença de Lyme.

Este facto intrigou-nos e apesar de alguns doentes apresentarem provas serológicas compatíveis com doença de Lyme, raramente foi este diagnóstico efectuado no Hospital de Dona Estefânia.

A propósito deste caso clínico, são discutidos os casos de doentes internados no Serviço 2 com provas serológicas compatíveis com doença de Lyme e que suscitaram algumas dúvidas. Todos eram de raça branca, com idade compreendida entre os 3 e 12 anos, 4 do sexo masculino e um do sexo feminino.

1.º Caso: criança com febre periódica com 3 anos de evolução, no decurso da qual foi diagnosticado síndrome de hiperIgD. 2.º e 3.º casos: doentes internados por SFI, com serologia + para *Borreliia burgdorferi*, mas em cujas hemoculturas foi isolada uma brucela. 4.º caso: criança natural e residente nos Açores com atraso psicomotor global, internada por síndrome febril; foi esta doente exaustivamente estudada, não se obtendo quaisquer resultados positivos excepto um título baixo (1:256), que nos parece francamente um falso positivo. 5.º caso: internado com um quadro clínico de meningoencefalite; o valor da primeira titulação é francamente positiva (1:512); medicado com ceftriaxone, com melhoria do quadro clínico e diminuição dos títulos de anticorpos (1:256), o doseamento de anticorpos no LCR por IFA revelou um título de 1:4; no entanto os ANA foram + e apresentava infecção recente pelo vírus de EB.

A escassez de diagnóstico desta situação clínica contrasta com os resultados dos estudos epidemiológicos publicados por Armindo Filipe e col. no Sul do País, em 1990 e 1992 nos quais se afirma existir uma taxa elevada de prevalência na população estudada de cerca de 23,3% e 7,3% de soros positivos para anticorpos anti-borreliia burgdorferi respectivamente. Apesar de sabermos que nem todos os doentes infectados têm doença clínica, esta disparidade entre uma elevada taxa de prevalência e pequeno número de casos identificados clinicamente, permanece por explicar, mesmo considerando que os médicos portugueses estão pouco sensibilizados para esta doença até há pouco tempo desconhecida entre nós. De qualquer forma mantêm-se as mesmas questões em aberto:

Qual é o agente no nosso país?

Qual é o vector? Será mesmo o *Ixodes ricinus* do resto da Europa?

Qual é a forma clínica mais frequente? E qual o seu curso clínico? Isto é, qual a história natural da doença entre nós?

## MORFOLOGIA DAS ARTÉRIAS PULMONARES APÓS SHUNT DE BLALOCK-TAUSSIG - AVALIAÇÃO ANGIOGRÁFICA

Anjos R, Menezes I, Fragata J, Neves J, Queirós-Melo J, Trabulo M, Casimiro A, Martins F.  
Serviço de Cardiologia Pediátrica e Cirurgia Cardio-Torácica - Hospital de Santa Cruz. XVII Congresso Português de Cardiologia. Vilamoura, Abril 1996.

**RESUMO:** Avaliaram-se retrospectivamente 100 angiografias de doentes submetidos a shunts de Blalock-Taussig. As patologias mais frequentes foram: tetralogia de Fallot (30 doentes), atresia da pulmonar com CIV (27), e estenose ou atresia pulmonar no contexto de ventrículo único (12), atresia da tricúspide (8) ou transposição dos grandes vasos (8). A idade média dos doentes na cirurgia foi de 2,5 anos (1 dia a 17 anos) sendo 21 recém-nascidos. O peso médio na cirurgia era 9,1 Kg, tendo 31 peso <5Kg. O Shunt foi de tipo clássico em 21 casos e modificado nos restantes. As imagens foram obtidas por angiografia convencional complementada por subtração digital, em média 3,3 anos após a realização do shunt (4 dias a 16 anos).

Encontraram-se os seguintes resultados: a) Treze casos de estenose da Artéria Pulmonar (AP), sendo grave em 5 e moderada em 8. Em todos menos um a estenose envolvia o local do shunt e em 5 também a porção distal da AP. Todos os doentes com estenose grave da AP tinham atresia da pulmonar com CIV e MAPCAS. Não houve diferenças significativas entre os doentes com e sem estenose da AP no tocante a peso ou idade à data da cirurgia e tempo entre cirurgia e angiografia; b) três casos de oclusão da AP distal ao shunt, havendo em todos estes hipoplasia prévia da AP; c) quinze casos de estenose significativa do shunt, localizada em 9 e difusa em 6. A avaliação foi mais tardia neste grupo sem estenose do shunt (6,1 *versus* 3,1 anos) tendo 7/15 doentes BT modificado; d) seis casos de oclusão dos shunts, todos BT modificado.

As anastomoses de BT comportam um risco significativo de deformação ou oclusão da AP ou dos shunts. Estes achados podem favorecer a escolha alternativa de palição por dilatação percutânea da válvula pulmonar, ou tornar necessário mais tarde o recurso a dilatações com stents. A angiografia de subtração digital, em particular com realce de contornos, pode contribuir significativamente para a demonstração destas anomalias.

## **PSEUDOANEURISMA DA ARTÉRIA UMERAL Complicação Grave de uma Venopunção Simples**

Casella P.

Hospital de Dona Estefânia.

Apresentado por A. G. Martins - Criação do European Scientific and Clinical-Morphological related Data Bank in Children's Surgery.

Munique, Fevereiro 1996.

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

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

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

Nos pós-operatório foi utilizada fraxiheparina para prevenção da trombose aguda, encontrando-se o doente em recuperação sem sequelas.

## VOLVO GÁSTRICO

Gentil-Martins A.

Hospital de Dona Estefânia e Maternidade Dr. Alfredo da Costa - Lisboa  
Reunião Luso Galaica de Cirurgia Pediátrica, Porto, Maio 1996.

**RESUMO:** Com base em 2 Recém-Nascidos, observados no espaço de 1 mês discute-se o problema dos vomitadores e suas causas, muito especialmente dos que levantam dúvidas quanto à orientação terapêutica a seguir: médica ou cirúrgica.

Descrevem-se os 2 tipos principais de volvo gástrico, o organo axial e o mesentérico-axial, e explica-se a sua existência com base numa anomalia congénita dos mesos gástricos (hepático, esplénico e cólico).

Refere-se a sintomatologia habitual e que leva a suspeitar o diagnóstico: intolerância alimentar, resíduo gástrico persistente, refluxo gástro-esofágico e estagnação do peso, nas formas de evolução «crónica». Nos casos de volvo agudo os vômitos são intensos, não biliares, surge palidez e prostração e pode chegar-se à necrose da parede gástrica, com perfuração e pneumoperitóneu.

Apresenta-se a iconografia radiológica dos 2 Doentes, ambos com volvos mesentérico-axiais e imagens típicas «em bola» proximal e retenção gástrica persistente.

Refere-se a terapêutica conservadora adoptada, com posicionamento adequado (anti-refluxo) e administração de «bolus lacteos» volumosos que permitem, pela distensão gástrica, eliminar o volvo (o que não se conseguia perante uma alimentação contínua ou por pequenos «bolus»).



## PROBLEM CASES

Gentil-Martins A.

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

Reunião Anual da Sociedade Internacional de Oncologia Pediátrica Cirúrgica (IPSO). Viena, Outubro 1996.

**RESUMO:** 1.º Doente: Sexo F, 3 anos de idade com recidiva extensa, 2 meses após cirurgia radical (em Paris) por fibromatose cervico-toraco-axilar direita.

Sugerida desarticulação inter-escapulo-torácica em Nova Iorque, Londres e Lisboa, o que foi recusado pelos Pais. Faz VAC e Retinoides, sem êxito. Reaparece um ano depois com marcado agravamento da lesão: tumor como cabeça de feto, ulcerado, fazendo protusão na axila, estendendo-se à hemicupula torácica direita, com fractura patológica, sub-capital do humero de dores intensas com total impotência funcional. Com intuítos paliativos faz-se excisão sub-total da lesão axilar, com plastia cutânea e osteosíntese com fio de Kirschner. Pós-operatório excelente e é colocada em tratamento com Ciclofosfamida oral, alternando diariamente 3 com 6 mg/kg de peso, durante 6 meses. Após um período de reposo repete Ciclofosfamida mais 6 meses. Não voltou a ter dores, movimenta bem o antebraço (ombro em adução fixa), engordou, tem bom estado geral, faz uma escolaridade normal. Mantém lesão residual, (axilar-torácica e cervical) estabilizada, dois anos e meio após a cirurgia. E se os Pais não tivessem recusado a «óbvia» indicação para cirurgia mutilante?

2.º Doente: sexo feminino, 12 anos de idade. Operada a fenda palatina com 14 meses de idade. Informação parecendo excluir que a Mãe tenha tomado dietilstilbestrol. História de metrorragias há 8 meses e mostrando na primeira observação médica uma massa tumoral com as dimensões de uma bola de ténis fazendo protusão no introito vaginal e que foi excisada. A histologia demonstrou tratar-se de um adenocarcinoma de células claras. De novo examinada possuía ainda 2 pequenas lesões papilomatosas, uma na parede anterior e outra na parede posterior da vagina. Além de espessamento da área previamente operada (parede anterior). Foi classificada como Estadio INO TNM e estadio I FIGO. As opções seriam braquiterapia ou cirurgia radical, já que a quimioterapia é inoperante nestes tumores. Esta foi a opção, realizando-se histerocolpectomia total, com reconstrução vaginal imediata com retalhos dos pequenos lábios (técnica pessoal). 2 anos e meio mais tarde surge subitamente com volumoso tumor hipogástrico, comprimindo a bexiga. Laparotomizada, é excisado um volumoso tumor metastático do ovário direito, e é feita excisão/amostragem ganglionar. Um gânglio da bifurcação aórtica sendo positivo faz nova laparotomia, com linfadenectomia pélvica e latero aórtica até ao nível das veias renais, acima das quais já não se palpavam adenopatias. Dado o ovário esquerdo estar muito aumentado de volume, faz também ooforectomia esquerda por suspeita de metástase (o que a histologia não confirmou). Irradiar a pelve e as cadeiras lateroaórticas até ao mediastino? Vigiar pela imagiologia? Esta foi a opção.

3.º Doente: sexo feminino; 11 anos de idade, 3 meses antes, traumatismo do ombro direito, com dor persistente. Eco e EMG inconclusivas às 6 semanas. Aos 3 meses tumefação do ombro diagnosticada pela imagem como Osteosarcoma da metáfise superior do humero, (estendendo-se à zona articular) o que é confirmado por citologia aspirativa. Uma radiografia do tórax revela já metastases pulmonares bilaterais. Inicia quimioterapia (Rosen T10), à qual responde mal. Faz então Ressecção do tumor, enxerto com peróneo e capsuloplastian com Vicril-Colagénico e ainda esternotomia mediana, com ressecção das metástases (7 em 1 nodulos retirados por cirurgia conservadora/radical). A histologia revela 60% necrose e invasão venosa neoplásica. 3 meses após a cirurgia, após fisioterapia demasiado radical, faz fratura do enxerto e necessita fazer osteosíntese com fio de Kirschner. 8 meses depois surge recidiva das metastases pulmonares bilaterais e dúvidas a nível da escapulo humeral (aumento de fixação na cintigrafia, mas 2 citologias negativas). Faz então em dois tempos separados por 4 semanas de intervalo, toracotomias direita e esquerda, removendo as metástases (respectivamente 6 em 8 fragmentos e 2 em 9 fragmentos), estando os ganglios mediastínicos livres. Inicia quimioterapia intensiva (Martin Mott/alto risco). 4 meses depois recidiva local no ombro e recidiva das metastases pulmonares bilaterais, mantendo sempre um excelente estado geral. Respira sem dificuldade ou cansaço anormal. Decide-se fazer radioterapia (30 Grays) paliativa anti-algíca, à zona de recidiva local. A criança vomita só de pensar que tem que ir ao hospital. Que fazer? Tentar quimioterapia aplasiante (ifosfamida e metotraxato em doses muito elevadas)? Parar e investir apenas na qualidade de vida, apoiando criança e pais? Esta última a nossa opção, 4 meses atrás: e a qualidade de vida e o estado geral mantêm-se satisfatórios.

Têrão sido estas as opções mais acertadas? Que alternativas? Que lições a colher?

Nota: houve silêncio, concordância e não surgiram alternativas.

## FINE NEEDLE ASPIRATION (FNAC) IN PEDIATRIC ONCOLOGY

### Review of 6 years

Almeida M, Gentil-Martins A, Pinheiro J, Mendonça M.

Lab. Citologia, Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil e Departamento de Cirurgia do Hospital D. Estefânia.

Congresso anual Internacional da Associação Britânica de Cirurgiões Pediatras, Jersey, Julho 1996

Congresso da Sociedade Internacional de Oncologia Cirurgia Pediátrica (IPSO), Viena, Outubro 1996,

Jornadas Luso-Espanholas de Pediatria, Lisboa, Outubro 1996.

**RESUMO:** The use of FNAC in diagnoses of tumoral masses has recently been extended to the pediatric group. From January 1990 to November 1995, FNAC was performed on 707 children (age, 2 months - 16 years; mean 9,4) referred to our Oncology Unit on the suspicion of malignant lesion. The aspirated sites were: lymph node (n=193), bone and soft tissues (n=158), thyroid (n=101), testis (n=77), abdominal cavity (n=79), head and neck (n=53), breast (n=30) and thorax. In 530 of the 707 cases FNAC was used for the initial diagnoses.

Ancillary studies, including immunocytochemistry (93), electron microscopy (50), microbiologic culture (10) and cytogenetic's (7) were done on the aspirated material. Five hundred eighty seven (95%) aspirates were adequate for evaluation. 354 corresponded to non-tumoral lesions and 306 to neoplastic diseases, being 267 malignant and 39 benign. In the remaining 14 cases a conclusive diagnoses was not achieved. The sensitivity of Pediatric FNAC was 96%, specificity 100% and accuracy of the method 98%. This series supports the premise that cytopathology, in conjunction with ancillary studies (EM, ICC), is a valid technique for the diagnoses of childhood tumors, when it is applied by experienced practitioners with a good clinico-pathological dialogue.

## FINE NEEDLE ASPIRATION CYTOLOGY IN THE DIAGNOSIS OF ABDOMINAL AND RETROPERITONEAL MASSES IN CHILDREN

Almeida M, Gentil-Martins A, Pinheiro J, Mendonça M.

Lab. Citologia, Serviço de Pediatria, Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil e Hospital de Dona Estefânia, Departamento de Cirurgia, Portugal

SIOP XXVIII MEETING. Viena, Outubro 1996.

**RESUMO:** We reviewed 80 cases of FNAC of abdominal and retroperitoneal masses, selected from a series of 622 FNAC performed in our pediatric oncology clinic between January 1990 and August 1995. There were 38 boys and 42 girls, aged 3 months to 16 years. FNAC was used for initial diagnosis in all cases. Ancillary studies, including immunocytochemistry (n=39), electron microscopy (n=22), cytogenetics (n=3) and microbiologic culture (n=1) were done on the aspirated material. Of the 80 aspirates, 2 were inadequate, 5 were diagnosed as benign lesions, 71 as malignant tumors and 2 were inconclusive. In 74 out of the 78 adequate aspirates, a definitive diagnosis was done, either by cytomorphology alone, or supported by complementary techniques. The following primary diagnosis were made: lymphoma (n=25), neuroblastoma (n=16), Wilm's tumor (n=12), hepatoblastoma (n=4), germ cell tumor (n=6), rhabdomyosarcoma (n=4), PNET (n=2), Hodgkin disease (n=1), TCRP (n=1), fusiform sarcoma (n=1) and benign lesions (n=3). The 2 inconclusive cases proved to be an hemangioendothelioma and gonadoblastoma. These results yield a sensitivity of 97,2%, a specificity of 100% and an accuracy of 97,4%. We think FNAC is a valuable method in the diagnosis of abdominal masses in children because is a minimally invasive procedure and achieves an accuracy identical to the published results obtained by biopsy.

## RECONSTRUÇÃO TOTAL EM EXTROFIA VESICAL (SEXO FEMININO)

Gentil-Martins A, España M.

Serviço de Cirurgia. Hospital de Dona Estefânia.

Jornadas Luso-Espanholas de Pediatria. Lisboa Outubro 1996.

**RESUMO:** Criança de raça branca com uma semana de idade, com Extrofia vesical. Pielografia intravenosa mostrou rins normais. Foi decidido operar de imediato sob anestesia geral, fazendo-se reconstrução completa da bexiga, desde o seu vértice até ao meato ureteral, utilizando uma plastia de tipo Young-Dees para alongar o canal ureteral.

Com o objectivo de aproximar os ramos púbicos foi efectuada uma osteotomia bi-iliaca paramediana posterior.

Manteve-se um cateter tipo Malecott durante 3 semanas e utilizou-se um tutor ureteral durante a reconstrução, que foi removido no final da intervenção cirúrgica. Os membros inferiores mantiveram-se em tracção ao zénite durante 3 semanas, mantendo-se as nádegas ligeiramente elevadas em relação ao plano da cama. Uma cistouretrografia miccional mostrou excelente morfologia, estando a Criança continente. Em virtude da implantação anómala que habitualmente existe nestes casos, 6 meses após a intervenção inicial foi necessário fazer uma reimplantação dos uretros para corrigir o refluxo existente e que não voltou a surgir.

## RECONSTRUÇÃO VAGINAL COM RETALHOS DE PEQUENOS LÁBIOS

Gentil-Martins A.

Serviço de Cirurgia.Hospital de Dona Estefânia.

Jornadas Luso-Espanholas de Pediatria. Lisboa Outubro 1996.

**RESUMO:** Apresenta-se um método pessoal de reconstrução vaginal utilizado, nomeadamente, para a correcção das atresias vaginais. Consiste na utilização da totalidade dos pequenos lábios, após desdobraimento, com rotação de retalhos formados com base na porção médio-lateral da vulva e que, após sutura ao lado oposto, são invaginados como um dedo de luva, na superfície cruenta criada por dissecação romba entre a uretra e o recto.

Esta técnica permite o uso de retalhos, não retrácteis, bem irrigados e elásticos, deixa praticamente uma cicatriz invisível e representa um traumatismo operatório mínimo (praticamente sem perda sanguínea e um curto tempo operatório - entre 1 e 2 horas).

É possível uma reconstrução precoce, no início da puberdade, com claros benefícios psicológicos para o Doente e curta hospitalização. Os resultados funcionais são excelentes, embora não se possa evitar a cesariana nos casos de gravidez.

## NEUROFIBROMATOSE: BENIGNA OU MALIGNA?

Gentil-Martins A, Sousinha M, Espanha M.

Hospital de Dona Estefânia e Instituto Português de Oncologia «Francisco Gentil».

Jornadas Luso-Espanholas de Pediatria. Lisboa 1996.

**RESUMO:** Este trabalho baseia-se na experiência obtida no tratamento de doentes com neurofibromatose de Von Recklinghausen, durante os últimos 30 anos, quer no Hospital de Dona Estefânia, quer no Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil.

Histologicamente benigno, este tumor com frequência significativa, apresenta-se como clinicamente maligno e pondo em risco grave a vida do doente, quer pela sua localização, quer pelas suas dimensões e difícil delimitação.

Estas situações são exemplificadas através da apresentação de dois doentes, nomeadamente um com lesão supra-glótica causando obstrução grave das vias aéreas superiores e outro com extensa lesão perineo-pélvica causando dificuldades miccionais e na defecação. Outros casos são ainda referidos em breve comentário.

Apesar de todas as incertezas quanto às sequelas neurológicas que pode acarretar uma Cirurgia radical nestes tumores e de se tratar sempre de uma Cirurgia de alto risco, esta permanece como única esperança de cura para estes doentes, já que a Radioterapia e a Quimioterapia são, nestes casos, não só inúteis, como até potencialmente prejudiciais.

## PANCREATECTOMIA SUB-TOTAL POR NESIDIOLASTOSE

Gentil-Martins G, España M, Reis L, Laranjeira F.  
Serviço de Cirurgia. Hospital de Dona Estefânia.  
Jornadas Luso-Espanholas de Pediatria. Lisboa Outubro 1996.

**RESUMO:** É apresentado um caso de nesidioblastose numa criança do sexo feminino de 21 meses de idade, que apresentava uma história de hipoglicémias persistentes, com insulinémias altas. Embora a Ecografia e TAC pancreáticas não revelassem alterações da estrutura do órgão, a criança foi submetida a intervenção em 4 de Dezembro de 1985.

Foi feita laparotomia transversa supra umbilical, com abordagem da cavidade posterior dos epíplons, reatamento do estômago para cima, libertação do pâncreas, que não mostrava qualquer massa nodular. Nessas circunstâncias foi feita a ressecção de cerca de 80% da totalidade do órgão, com sutura do coto restante, dado os níveis de hipoglicémia e de hiperinsulinémia não serem demasiado elevados.

O exame histológico confirmou o diagnóstico de nesidioblastose. Ao fim de 6 anos, a criança mantém-se fazendo uma vida normal e totalmente assintomática, com valores normais de glicémia e insulinémia.

## A LAMINECTOMIA NA REPARAÇÃO PRIMÁRIA DOS MIELOMENINGOCÉLOS

Gentil-Martins A, España M.  
Serviço de Cirurgia. Hospital de Dona Estefânia.  
Revista do Hospital Maria Pia, Porto

**RESUMO:** Este trabalho introduz o conceito de laminectomia de 2 vertebrae acima da lesão de mielomeningocele logo na intervenção inicial, como atitude essencial na prevenção do síndrome de medula fixada e até agora não fazendo parte dos tratados sobre o assunto.

Descreve-se detalhadamente a técnica cirúrgica utilizada nessas urgências cirúrgicas do recém-nascido, a efectuar tão cedo quanto possível, após avaliação preliminar e contacto com os Pais.

Foca-se a forma de executar os retalhos da plastia cutânea (em regra de rotação e de base inferior e com triângulos de compensação), a libertação das meninges e da placa neural, a confecção dos retalhos musculo-aponevróticos (a suturar na linha média, após reconstruir o cilindro de dura) e finalmente os cuidados a ter no pós-operatório.



## O MÉDICO E A EUTANÁSIA\*

Gentil-Martins A.

Serviço de Cirurgia Pediátrica. Hospital de Dona Estefânia

Símposium - Eutanásia: sim ou não?

Lisboa, Novembro 1996.

**RESUMO:** O problema da Eutanásia é considerado à luz dos princípios Hipocráticos que não mudaram com os tempos mas apenas se adaptaram à evolução científica e social. É clarificada a definição daquilo que constituiu a Eutanásia e referida a necessidade de evitar que mutações semânticas possam manipular as ideias de tal modo que o que é certamente errado possa apresentar-se como aparentemente certo. O carácter único e individual do Ser humano é frisado bem como o compromisso dos Médicos para com o bem estar dos seus doentes, ainda que por vezes se tenha de estabelecer o equilíbrio com um aparente conflito de interesses em relação à Sociedade como um todo. É também frizada a importância da relação Médico-Doente nomeadamente nas fases finais da doença terminal. As decisões relativas à Vida e à Morte se bem que preferentemente a partilhar, repousam muitas vezes apenas nos ombros do Médico. Comentam-se o respeito pela vontade do doente, o seu direito a conhecer a verdade e os seus limites, o uso das *declarações de vontade expressa*, o direito a morrer com dignidade, o uso de meios normais ou extraordinários de tratamento, o conceito de morte cerebral e as regras para ressuscitação.

Defende-se que em todos os casos existe a necessidade de uma apreciação global e individualizada antes de ser tomada uma decisão final. O respeito total pela Vida humana, do seu início ao seu fim, é também frizado rejeitando-se firmemente a morte intencional, sejam quais forem as razões ou os motivos invocados. Faz-se referência a Códigos Nacionais e Internacionais de Ética bem como a Declaração da Associação Médica Mundial. Finalmente faz-se referência a uma forma subtil de Eutanásia, de natureza política, quando fundos necessários para a Saúde não lhe são atribuídos.

\* Artigo original

**LOSS OF HETEROZYGOSITY AT CHROMOSOME 9p21  
IN PRIMARY NEUROBLASTOMAS: Evidence for two deleted regions**

Marshall B, Isidro G, Gentil-Martins A, Boavida M.

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

Serviço de Pediatria - Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil.

**RESUMO:** The genes responsible for the development of neuroblastoma following *in vivo* deletion or mutation are largely unknown. We have performed loss of heterozygosity studies on a series of 24 Portuguese primary neuroblastomas using 6 polymorphic markers located at chromosome 9p21 spanning the p16/MTS1/CDKN2, p15/MTS2/CDKN2B and the interferon  $\alpha$  and  $\beta$  genes. Loss of heterozygosity was observed in 4 of the 24 tumours (17%), a somewhat lower percentage than a previous study which identified patients by a mass screening program. A correlation was also observed between 9p21 LOH and 1p36 LOH in our group of tumours. Two distinct regions of 9p21 deletion were observed. One located in the region adjacent to the markers D9S162 and D9S1747 and a second located centromerically of the p16 gene near the D9S171 marker. The latter region is exclusive of the p16 gene. This result suggests the presence of at least one other tumour suppressor gene at 9p21, apart from the p16 and p15 genes, which may be of importance in the development of neuroblastoma.

**SPINAL CORD VASCULAR INJURIES FOLLOWING SURGERY OF ADVANCED THORACIC NEUROBLASTOMA: an unusual catastrophic complication**

Gentil-Martins A, Boligno C.

Bambino Gesù, Roma, Itália - Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil e Hospital de Dona Estefânia, Lisboa, Portugal

**RESUMO:** We present two cases of thoracic dumbbell neuroblastoma (NB) postsurgically complicated with a spinal cord ischaemia which occurred in the mid-thoracic segments. An early permanent paraplegia resulted.

Pre-operative knowledge of the origin and territory of the Adamkiewicz artery (Arteria radiculomedullaris magna - ARMM) and/or possible collateral pathways for the provision of spinal cord blood supply may be helpful in the planning of the operation in children affected by advanced thoracic NB.

## EXPERIÊNCIA EM ANESTESIA LAPAROSCÓPICA EM 7 ANOS NA MATERNIDADE MAGALHÃES COUTINHO

Lacerda H, Quinta L, Oliveira L, Nóbrega L, Viegas M, Moniz M, Barros C, Militão J, Cenicante T, Candeias M, Rocha T, Miranda I, Lopes F, Mafra J, Gonçalves A, Castanheira C, Moniz A, Costa I, Duarte R.

Serviço de Anestesiologia do Hospital de Dona Estefânia.  
Reunião do Serviço de Anestesiologia. 1996.

**RESUMO:** Os autores fizeram um estudo retrospectivo e casuístico de 7 anos de Cirurgia Laparoscópica em Ginecologia. Com início em 1989, foram realizadas um total de 961 laparoscopias tendo a seguinte distribuição anual: 1989-90; 1990-83; 1991-111; 1992-134; 1993-203; 1994-172; 1995-168.

De entre as cirurgias passíveis de executar pela técnica laparoscópica salientamos: Laparoscopia Diagnóstica - 150; Infertilidade-171; Gravidez Ectópica-34; Tumor Anexial-113; Laq. Trompas-317; Útero Septado-22; Endometriose-36; L.A.V.H. (Histerectomia Assistida / Via Laparoscópica) - 98; 2<sup>nd</sup> Look-5; Miomectomia-14; Hematocolpus-1.

Após uma breve introdução sobre o aparecimento da Cirurgia Laparoscópica abordou-se a avaliação do doente, tendo em conta as indicações para este tipo de cirurgia, a medicação pré-anestésica, monitorização, técnica anestésica e cuidados no pós-operatório. Foram igualmente referidas as alterações fisiológicas (hemodinâmicas, respiratórias, digestivas) desencadeadas pelo pneumoperitoneu e posicionamento assim como as complicações pre-operatórias.

Por fim fez-se uma análise sobre a possível optimização das condições existentes na M.M.C., nomeadamente respeitante a material de monitorização e ventilação, e a existência de uma Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, de modo a permitir uma diminuição da morbilidade e mortalidade, favorecendo a realização desta técnica que acarreta uma diminuição do período de internamento e consequentemente dos custos hospitalares.

Avillez A, Lacerda H, Nóbrega L, Moniz M, Cenicante T, Rocha T, Lopes F, Moniz A.  
Serviço de Anestesiologia do Hospital de Dona Estefânia  
Reunião do Serviço de Anestesiologia. 1996

**RESUMO:** Os autores elaboraram uma revisão casuística sobre analgesia epidural para trabalho de parto nos últimos 9 anos na Maternidade Magalhães Coutinho (M.M.C.).

Foram realizadas um total de 2611, tendo havido um acréscimo significativo ao longo destes 9 anos.

Assim: 1987 - 74; 88 - 207; 89 - 134; 90 - 178; 91 - 223; 92 - 205; 93 - 528; 94 - 512; 95 - 549.

Comparativamente ao número de partos realizados houve também um aumento na percentagem de Epidurais efectuadas: 1987 - 2,19% (início em Nov); 88 - 6,6%; 89 - 4,12%; 90 - 5,6%; 91 - 5,86%; 92 - 6,51%; 93 - 17,58%; 94 - 17,02%; 95 - 19,24%.

De salientar que o maior aumento ocorreu de 92 para 93 relacionado com o facto de ter havido reforço da equipa anestésica de urgência.

Após uma breve introdução histórica, foram referidas as indicações, contra-indicações, as particularidades na execução da técnica, vantagens, desvantagens e complicações.

Pôde-se concluir que inicialmente, a maior objecção à realização desta técnica residiu na recusa da parturiente por falta de esclarecimento. A verificação dos numerosos benefícios conquistados e sua divulgação, permitiu uma maior solicitação pela parturiente, tendo-se obtido bons resultados desde que fossem tomadas em consideração as precauções apropriadas.

## UNIDADE DE AMBULATÓRIO Que vantagens no Hospital Pediátrico de D. Estefânia?

Lacerda H, Barros C, Militão J, Conicante T, Rocha T, Candeias M, Costa I.  
Serviço de Anestesiologia do Hospital de Dona Estefânia  
Reunião do Serviço de Anestesiologia. 1996

**RESUMO:** Os autores elaboraram uma casuística de 2 anos referentes a doentes com possibilidade de serem operados em regime ambulatório, do qual consta 1994 - 504 para um total de 2 395 (21,0%); 1995 - 837 para um total de 2 371 (35,3%).

Foram englobadas neste regime as seguintes cirurgias: Hidrocele, Hérnia Inguinal uni ou bilateral, Hérnia Umbilical, Excisão de Nevus de pequena extensão, Criptorquidia, Pequenas Brides pós-queimaduras, Fimose, Pés Planos Valgus, Pequenas cirurgias e Exames Complementares de Diagnóstico.

Também foram avaliadas sumariamente as despesas hospitalares de doentes em regime de internamento que perfaz uma média de 43 512 escudos por dia - incluindo a assistência prestada pelo pessoal, lavanderia, etc., presumindo a diminuição para um terço no regime ambulatório.

Em virtude de se tratar de um grupo etário pediátrico com grandes potencialidades de aderir ao regime ambulatório, pela escassa patologia associada, pôde concluir-se que:

- A criação de uma Unidade de Ambulatório poderá permitir:
  - \* Uma significativa redução de custos hospitalares
  - \* Uma diminuição importante das «listas de espera» da cirurgia
  - \* Maior rendibilidade do Bloco Operatório Central

Este estudo permitiu a elaboração de protocolos de admissão segundo a cirurgia em si e a patologia associada do doente, e de alta, em articulação com os Centros de Saúde e ainda foram elaboradas propostas de Anestesia para cirurgias em regime Ambulatório.

## A CONSULTA DE ANESTESIA EM PEDIATRIA

Quinta I., Cenicante T, Candeias M, Rocha T, Gonçalves A, Costa I.

Serviço de Anestesiologia do Hospital de Dona Estefânia

Reunião do Serviço de Anestesiologia. 1996

**RESUMO:** Os autores elaboraram uma casuística de 5 anos de funcionamento da consulta de Anestesia tendo-a comparado com o número de cirurgias efectuadas:

	Consulta Anestesia	Cirurgia Programada
1991	3566	4052
1992	3324	3712
1993	2561	3591
1994	3173	3595
1995	3523	3572

A consulta de Anestesia iniciada neste hospital em 1987, foi sofrendo alterações graduais que permitiram um funcionamento diário, em espaço próprio e apoio de enfermagem adequado.

Actualmente são observadas em média 13.8 crianças por dia, de todas as especialidades de Cirurgia Pediátrica incluindo ORL, Oftalmologia e Estomatologia.

Neste trabalho foram realçados os objectivos da consulta, tendo em vista a possibilidade de programar os períodos pré, intra e pós-operatório, que se demonstrou diminuir a morbilidade e mortalidade.

Com base nestes objectivos foram elaborados protocolos de exclusão para a cirurgia.

A consulta de Anestesia, ao permitir um esclarecimento do acto anestésico aos pais e crianças, acarretou uma diminuição da ansiedade dos mesmos e estabeleceu uma relação de confiança e empatia, factores essenciais para a tão chamada «anestesia-livre-de-stress».

## APARELHO URINÁRIO E RADIOPEDIATRIA - INFECCÕES URINÁRIAS

Veiga-Gomes J, Carneiro R.

Serviço de Imagiologia do Hospital de Dona Estefânia

Acta Radiológica Portuguesa, Vol. 8 n.º 29, pág. 73-78 . Jan-Mar 96

**RESUMO:** A infecção urinária é das patologias mais frequentes em pediatria e deve desencadear procedimentos na pesquisa de patologia malformativa predisponente. É também necessário avaliar a eventual repercussão da infecção no aparelho urinário.

O radiologista é elemento fundamental na estratégia de investigação. É pois necessário que todos estejamos aptos a responder às solicitações dos clínicos.

Com este trabalho pretendemos transmitir a experiência do Serviço de Imagiologia do Hospital de D. Estefânia, em que uma percentagem elevada dos exames efectuados são do foro nefro-urológico. A título de exemplo no ano de 1994 - 67% dos exames radiológicos contrastados e 44,6% das ecografias foram dirigidas ao aparelho urinário.

Uma vez que os exames radiológicos nas crianças levantam problemas específicos, abordamos os passos correctos de execução das técnicas e sua interpretação. Apresentamos ainda os algoritmos diagnósticos por nós utilizados, pretendendo deixar claro o que e quando fazer.



## A IMAGIOLOGIA DAS MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS URETERAIS

Silva T, Barrucco C, Furtado J.  
Serviço de Imagiologia - Hospital de Dona Estefânia  
CNR 1996. Coimbra, Maio 1996

**RESUMO:** Neste trabalho, os autores realçam o interesse dos estudos imagiológicos na detecção das malformações congénitas ureterais. Trata-se de uma patologia frequente na idade pediátrica, de cujas circunstâncias de aparecimento se salientam a ecografia pré-natal e a investigação imagiológica de infecção urinária alta. O diagnóstico destas malformações é de grande importância com o objectivo de prevenir e/ou minorar a repercussão renal.

A semiologia radiológica principal destas malformações é revista baseando-se na iconografia do Arquivo do Serviço de Imagiologia. Assim, apresentam-se casos ilustrativos de anomalia da junção pieloureteral, duplicidade pieloureteral, uretero ectópico, ureterocelo, refluxo vesico-ureteral e megau-reteros.

## ABORDAGEM ECOGRÁFICA DO CANAL RAQUIDIANO NO R.N. E SUAS PRINCIPAIS INDICAÇÕES

Zélia R, Silva T, Furtado J.

Serviço de Imagiologia - Hospital de Dona Estefânia

CNR 1996. Coimbra, Maio 1996

**RESUMO:** Embora a RMN seja o método de eleição no estudo da patologia do canal raquidiano, no RN e na criança até aos 6M, a ossificação incompleta dos elementos vertebrais posteriores permite o estudo ecográfico do canal raquidiano e do seu interior (medula, raízes nervosas e L.C.R.) desde a junção crâneo-cervical até ao coccix.

Como tal, a ecografia é um excelente método de rastreio das malformações congénitas da medula espinal sendo ainda de grande importância na orientação do protocolo imagiológico sobretudo numa instituição na qual o acesso à RMN é difícil.

Pretende-se alertar os Pediatras para a alta sensibilidade, inocuidade e acessibilidade do método ecográfico no estudo da patologia do canal raquidiano.

## **DIFICULDADE RESPIRATÓRIA DO RN SEMIOLOGIA RADIOLOGICA**

Soares E, Barrueco C, Nunes A, Rodrigues M, Serelha M.  
Serviço de Imagiologia - Hospital de Dona Estefânia  
CNR 1996. Coimbra, Maio 1996

**RESUMO:** Trabalho apresentado sob forma de poster com o objectivo de demonstrar a importância actual da radiografia simples do tórax no R.N., com dificuldade respiratória quando executada com técnica adequada. Baseados em exames radiológicos efectuadas na unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital de Dona Estefânia, salientam-se os seguintes parâmetros de leitura da radiografia simples do tórax nas incidências de frente e perfil:

- Identificação
- Critérios de qualidade
  - Centragem, Penetração, Inspiração
- Interpretação
  - Referência de Sondas, Abdomen, Tórax: Vias aéreas, silhueta cardíaco-mediastínica, pulmão

Dá-se especial ênfase à avaliação do volume pulmonar baseado nos seguintes critérios na incidência de frente:

- Nível de intersecção dos arcos costais anteriores/diafragma
- Curvatura das hemicúpulas
- Projectão sombra cardíaca / Diafragma
- Transparência pulmonar
- Espaço intercostal

Na incidência de Perfil:

- Orientação das hemicúpulas
- Espaço aéreo retrocardíaco

Para além do volume pulmonar valoriza-se também as diversas alterações da transparência pulmonar. A análise das radiografias do tórax tendo em conta os dois parâmetros referidos (volume pulmonar e transparência pulmonar) permitiu efectuar o diagnóstico diferencial da patologia pulmonar neonatal, sistematizando-a nos seguintes grupos:

Aumento localizado de volume:

- Quisto congénito
- Malformações adenomatoide quística nas suas diversas apresentações

Aumento generalizado do volume pulmonar:

- Aparecimento precoce

Taquipneia transitória do R.N.; Síndrome de aspiração de mecónio; Pneumonia neonatal.

- Aparecimento mais tardio:

Emfisema intersticial; Displasia broncopulmonar, Fibrose quística.

Volume pulmonar normal ou diminuído:

- Doença das membranas Hialinas
- Pneumonia neonatal a streptococcus Grupo B
- Ateléctasia interogénica

**CONCLUSÃO:** A radiografia simples do tórax no R.N. é um exame de difícil interpretação.

Uma técnica de execução adequada e uma leitura sistematizada são factores essenciais para um diagnóstico precoce das doenças pulmonares.

## DOR À MOBILIZAÇÃO DO MEMBRO INTERIOR NO R. N.

Barrucco C, Penas I, Rodrigues P, Carneiro R.  
Serviço de Imagiologia - Hospital de Dona Estefânia  
CNR 1996. Coimbra, Maio 1996

**RESUMO:** O abscesso do músculo psoas-ilíaco é uma entidade rara no grupo etário pediátrico, extremamente rara no R. N..

Etiologicamente pode ser primário, em consequência de bacteriémia, ou mais frequentemente secundário, por extensão de um processo inflamatório adjacente.

A sintomatologia clínica pode ser enganadora, como no caso que apresentamos.

Trata-se de um R. N., que surge no 17.º dia de vida com dor à mobilização do membro inferior direito e com tumefacção na região inguinal homolateral. Clinicamente o diagnóstico sugerido é de artrite coxo-femural, mas a ecografia não revelou alterações da articulação. Observou-se no entanto assimetria dos músculos psoas-ilíaco com colecção não pura à direita, pondo-se a hipótese de hematoma.

A TC confirmou os aspectos ecotomográficos sugerindo a presença de abscesso que foi drenado cirurgicamente.

## TUBERCULOSE - A propósito de um caso clínico

Nunes A, Barrueco C, Silva T, Soares F.  
Serviço de Imagiologia - Hospital de Dona Estefânia  
CNR 1996. Coimbra, Maio 1996

**RESUMO:** Apresentamos o caso clínico de uma criança de 12 anos de idade sexo masculino, raça negra, com história de febre vespertina, emagrecimento muito acentuado e dor abdominal referida à região peri-umbilical, com 7 meses de evolução, transferida para o nosso Hospital com a hipótese diagnóstica de linfoma.

O estudo ecográfico revelou a existência de múltiplas imagens hipocogénicas, arredondadas/ovaladas, com dimensões entre 1-2 cm e limites bem definidos, dispersas pela cavidade abdominal apresentando algumas distribuição peri hepática e peri-esplénica.

A radiografia do tórax efectuada à data do internamento demonstrou a existência de hipopermeabilidade no apex do hemitórax direito.

O conjunto destes achados levaram-nos a pensar estarmos perante uma tuberculose sistémica.

A prova tuberculínica assim como a pesquisa de BK no suco gástrico foram positivos.

Efectuámos transito intestinal e elister opaco, cujos resultados foram sugestivos de envolvimento intestinal por tuberculose.

Com terapêutica tuberculostática assistimos a uma evolução clínica favorável com gradual regressão dos achados imagiológicos.

Pretende-se com este caso chamar a atenção para uma apresentação pouco vulgar duma patologia ainda frequente na actualidade.

## MASSA RENAL EM LACTENTE

Henriques N, Penas I, Veiga-Gomes J.  
Serviço de Imagiologia - Hospital de Dona Estefânia  
CNR 1996. Coimbra, Maio 1996

**RESUMO:** Os autores apresentam um caso clínico de tumor renal em lactente do sexo masculino, diagnosticado aos trinta dias de vida.

Como antecedentes destacam gravidez vigiada, sem problemas.

Não houve qualquer patologia detectada até ao recurso ao Serviço de Urgência do Hospital de S. Francisco Xavier por dificuldade respiratória. Os exames auxiliares de diagnóstico revelaram massa abdominal, o que justificou a transferência para o Hospital de D. Estefânia.

A reavaliação imagiológica é apresentada e efectuado breve comentário sobre o tumor detectado e seu diagnóstico diferencial em função do grupo etário.

## ENTEROCOLITE NECROSANTE - Diagnóstico Ecográfico de Aeroportia

Nunes A, Barrueco C, Carneiro R.  
Serviço de Imagiologia - Hospital de Dona Estefânia  
Acta Radiológica Portuguesa 1996

**RESUMO:** A enterocolite Necrosante (NEC) é uma causa comum de morbilidade e mortalidade neonatal.

O diagnóstico é normalmente feito com base nos sintomas clínicos (distensão abdominal, intolerância alimentar, fezes sanguinolentas, sinais de irritação peritoneal), confirmados pelos achados radiológicos (ansas dilatadas, pneumatose intestinal, aeroportia e pneumoperitoneu).

A presença de ar no sistema porta (aerportia) tem sido considerado um sinal de gravidade da NEC, com prognóstico reservado.

Os autores apresentam o caso de uma criança sem sinais radiológicos de NEC, no qual a ecografia demonstra a presença de ar na veia porta.

Com este caso clínico, pretende-se chamar a atenção para o contributo da ultrassonografia na detecção da aeroportia.

## INVAGINAÇÃO INTESTINAL E PATOLOGIA ASSOCIADA A propósito de dois casos clínicos

Penas I, Barrueco C, Henriques M, Veiga-Gomes J.  
Serviço de Imagiologia - Hospital de Dona Estefânia.  
Acta Radiológica Portuguesa 1996.

**RESUMO:** A invaginação intestinal é causa comum de urgência pediátrica entre os dois meses e os três anos. A ecografia é o método de primeira linha no diagnóstico desta patologia, cabendo ao clister opaco um papel terapêutico desde que não existam contra-indicações para a sua execução.

A ecografia permite também, por vezes, o despiste de patologia associada, eventualmente causadora do processo de invaginação.

Os autores apresentam dois casos de invaginação intestinal, associada a quistos de duplicação. Neles é patente o papel fundamental actualmente desempenhado pela ecografia no estabelecimento de uma estratégia terapêutica.



## INFECÇÃO NOSOCOMIAL A *Klebsiella pneumoniae*

Barros R, Peres M, Marques M.  
Serviço de Patologia Clínica - Secção de Microbiologia  
Comissão de Controlo de Infecção (CCI).

**RESUMO: INTRODUÇÃO** - A *Klebsiella pneumoniae* foi reconhecido como um patogénico nosocomial importante particularmente nos hospitais pediátricos e nas unidades de cuidados intensivos, originando elevada mortalidade entre as crianças e os recém-nascidos. A infecção a *Klebsiella pneumoniae* pode ser difícil de tratar porque a maioria destas estirpes são altamente resistentes a muitos antimicrobianos. A infecção nosocomial por esta bactéria não era frequente neste hospital; contudo no período de Julho de 1995 a Março de 1996, ocorreram dois surtos de Infecção Nosocomial em duas unidades de cuidados intensivos diferentes: - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN) - Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP).

**OBJECTIVO** - Este estudo tem como objectivo definir a origem de dois surtos de Infecção Nosocomial a *Klebsiella pneumoniae* em duas Unidades de Cuidados Intensivos. Este estudo foi feito a partir de produtos biológicos positivos estudados na Secção de Microbiologia do HDE.

**MATERIAL E MÉTODOS** - Perante o isolamento de mais de uma estirpe de *K pneumoniae* com o mesmo perfil de resistência aos antimicrobianos, foram feitas visitas às duas unidades, pelo núcleo activo da CCI, com a finalidade de detectar a origem dos mesmos.

Foram estudados 11 doentes internados na UCIN e 5 na UCIP com exames bacteriológicos positivos para *K. pneumoniae*.

**Motivo de Internamento:** Na UCIN eram todos doentes de pré-termo, sendo 3 doentes cirúrgicos e os restantes doentes do trato respiratório. Na UCIP dois doentes cirúrgicos e três doentes respiratórios crónicos. **Terapêutica:** Todos estavam medicados com antibióticos; 9 doentes estavam ventilados os restantes tinham feito aerossóis. De acordo com o microorganismo isolado e com as práticas a que os doentes tinham sido sujeitos, foram estudados os seguintes equipamentos: - aparelhos de nebulização - 2; ventiladores - 3; Foi também estudada a colonização de todos os doentes internados na UCIN. **Produtos Biológicos:** UCIN - sangue - 4 amostras; cateteres - 2; exsudados rectais - 2; UCIP - sangue - 3; urina - 1; secreções respiratórias - 1.

O perfil de Resistência das *K pneumoniae* isoladas, é semelhante em cada uma das unidades com excepção de um dos doentes da UCIP cujo perfil é semelhante ao da UCIN.

Todos os isolados são sensíveis ao Cefotaxime, Imipeneme e Ciprofloxacina.

**RESULTADOS** - Os doentes prolongaram o tempo de internamento devido às seguintes complicações: - UCIN - Sépsis - 8 doentes, Infecção Respiratória - 1 doente, Colonizados - 2 doentes; - UCIP - sépsis - 3 doentes, Infecção Respiratória - 2 doentes.

Doentes cirúrgicos - UCIN - 3 (27%); Falecidos - 3 (27%) que corresponde a 100% de doentes cirúrgicos; UCIP - 2 (40%), Falecidos - 2 (40%) que corresponde a 100% de doentes cirúrgicos.

**CONCLUSÃO** - Este estudo vem mais uma vez reforçar a importância da Infecção Nosocomial como causa de mortalidade e morbidade nas unidades de Cuidados Intensivos nomeadamente nas neonatais e pediátricas, tendo como consequência o aumento do n.º e tempo de internamento, infecção, colonização dos doentes e utilização de antibióticos cada vez mais potentes e mais caros que actuam como uma arma de dois gumes ao seleccionarem cada vez mais estirpes ainda mais resistentes. Este surto vem mais uma vez reforçar a importância do cumprimento das normas das técnicas assépticas, normas de limpeza e desinfeção de material e equipamento assim como a utilização prudente e correcta dos antibióticos com a finalidade de diminuir a selecção de estirpes multiresistentes aos antibióticos. Podemos concluir também da importância da formação permanente não só programada como também no dia a dia, pois apesar da existência de normas escritas estas nem sempre são cumpridas e muitas vezes por desconhecimento das mesmas.

## EXAME BACTERIOLÓGICO DAS SECREÇÕES DO TRACTO RESPIRATÓRIO INFERIOR

Daniel I.

Serviço de Patologia Clínica - Hospital de Dona Estefânia

Reunião do Serviço. Dezembro 1996

**RESUMO:** Foi apresentada uma revisão casuística dos exames bacteriológicos realizados na expectoração, secreções e lavado broncoalveolar, durante o período de três anos (1993 a 1995), com o objectivo de avaliar o seu valor como exame auxiliar de diagnóstico.

**Expectoração:** Total de doentes / amostras (321/746). Doentes com fibrose quística (FQ) que efectuaram exame bacteriológico da expectoração/amostras (18/354). Foram submetidas a exame cultural 592 das amostras (298 amostras / 17 doentes com FQ e 294 amostras/61 dos outros doentes). Das amostras processadas obtiveram-se 291 (49,2%) culturas contaminadas com a flora da orofaringe e isolaram-se estirpes em 301 (50,8%) que corresponderam a 78 (24,3%) dos doentes.

Nos doentes com FQ foram isoladas 296 estirpes em 17 doentes / 211 amostras: 66 *S. aureus*; 60 *H. influenzae*; 49 *Ps. aeruginosa*; 29 *Ps. aeruginosa* mucóide; 6 *Burkholderia cepacia*; 16 *Stenotrophomonas maltophilia*; 32 *Aspergillus fumigatus* e 38 outras estirpes. A maioria dessas estirpes, 258 (87,2%) corresponderam a metade dos doentes com FQ.

Nos restantes 303 doentes, foram isoladas estirpes com potencial valor patogénico em 61 doentes /94 amostras, tendo sido o *H. influenzae* o agente bacteriano predominante 63 (50%). Não houve predominio de sexo em ambos os grupos de doentes e a média de idade foi de 6 A para os doentes com FQ e de 5,3 A para os outros doentes, mas com os mesmos limites de idade (1M - 17 A).

**Lavado broncoalveolar (LBA):** Num total de 318 LBA/311 doentes foram isoladas 93 estirpes em 87 doentes (51 M e 36 F), com média de idade de 3,6 A (25 D - 14 A). O agente bacteriano mais prevalente foi o *H. Influenzae* 54 (58%). Obtiveram-se 89 (27%) culturas positivas, igual número de culturas estéreis e 140 (44%) das amostras apresentaram contaminação com a flora da orofaringe.

**Secreções da árvore traqueobrônquica:** Foram processadas 183 amostras de secreções aspiradas e do tubo endotraqueal de 183 RN, com situações de prematuridade, doença da membrana hialina, SDR, asfíxia neonatal, ventilação mecânica, pré e pós extubação, muitos deles a fazer antibioterapia, tendo-se obtido 86 (47%) amostras estéreis e 73 (40%) amostras contaminadas com a flora da orofaringe. Foram isoladas estirpes a valorizar no contexto clínico em apenas 14 amostras, as quais corresponderam a 7,1% dos doentes estudados.

**CONCLUSÕES** - As amostras apresentaram elevado grau de contaminação traduzindo as dificuldades e limitações da colheita.

Os doentes com FQ representaram uma pequena fracção dos doentes totais, mas corresponderam a quase metade das amostras totais e a maioria das estirpes isoladas foram em metade desses doentes. Do total de estirpes isoladas na expectoração o *H. influenzae* foi o agente mais isolado em ambos os grupos de doentes, assim como no lavado broncoalveolar.

A antibioterapia prévia condicionou os resultados obtidos sobretudo no exame bacteriológico do lavado broncoalveolar e nas secreções do RN, tendo sido a positividade destas reduzida.

## **DETERMINAÇÃO DA Hb GLICADA A1c - Estudo comparativo entre dois métodos**

Figueiredo M, Griff I, Viveiros A.

Serviço de Patologia Clínica do Hospital de Dona Estefânia

Reunião de Serviço. Dezembro 1996.

**RESUMO:** A Hb A1c é uma forma glicada da Hb A.

Resulta da ligação covalente não enzimática dos eritrocitos à D-glucose.

A Hb A1c reflecte a concentração média da glucose sanguínea durante os últimos 2-3 meses.

É assim um parâmetro fiável no controle da glicémia nos diabéticos.

**OBJECTIVOS** - Comparação dum método de cromatografia de afinidade (manual), com um método imunoturbidimétrico (automatizado) de modo a verificar se existe uma boa correlação entre ambos os métodos.

**MATERIAL E MÉTODOS** - Foram determinadas 60 amostras de sangue total para avaliação de doentes diabéticos pela cromatografia de afinidade e pelo método imunoturbidimétrico (COBAS MIRA PLUS).

**RESULTADOS** - Obteve-se uma precisão inter ensaio de 5,5 e de 4,3 respectivamente para a cromatografia de afinidade e para o método imunoturbidimétrico.

Calculamos o coeficiente de correlação entre os dois métodos:  $r = 0,895$  (estatisticamente significativo)

e a recta de regressão linear:

Método manual =  $7,7 \times$  Método imunoturbi. + 1,84

**CONCLUSÕES** - Existe uma boa correlação entre os dois métodos.

O método imunoturbidimétrico tem uma precisão muito boa, e como é de fácil execução, mais rápido, e portanto de eliminação de possíveis erros, parece-nos um método muito mais aceitável na prática

## ESTUDO SOBRE A HEMOSTASE NA TERAPÉUTICA HORMONAL SUBSTITUTIVA EM MULHERES POST-MENOPÁUSICAS: Resultados preliminares

Serra I, Sousa F, Pinguicha E, Santos H.  
Serviço de Patologia Clínica - Secção Hemostase  
Maternidade Magalhães Coutinho  
Reunião do Serviço - Hospital D. Estefânia. Novembro 1996.

**RESUMO: INTRODUÇÃO** - Após a menopausa, o balanço hemostático inclina-se para um estado de hipercoaguabilidade latente, não estando ainda completamente elucidada a influência da terapêutica hormonal substitutiva (THS).

Apresentamos os resultados parciais de um estudo que envolve um número elevado de mulheres da consulta de climatério da Maternidade Magalhães Coutinho, com a finalidade de analisar algumas variáveis do sistema de coagulação na mulher post-menopausica e o efeito da THS sobre esses parâmetros.

**MATERIAL E MÉTODOS** - População total de 84 mulheres, 45 das quais fazendo THS há pelo menos um ano, com idade média de 54 anos. Os resultados foram comparados com um segundo grupo de 39 mulheres, idade média de 54 anos, post-menopausicas, não submetidas a THS.

Foram critérios de exclusão: HTA não controlada, Dislipidémias, Endocrinopatias (Diabetes) Índice Ponderal >30.

Avaliamos os seguintes parâmetros hemostáticos:

Fibrinógeno (método de Von Clauss, reagente Baxter, MLA 1600)

Factor VIIc (método em um tempo, plasma deficiente Baxter, MLA 1600)

Factor VII Ag (método ELISA, reagente Stago)

Antitrombina III (ATIII) (método substratos cromogénicos, reagente Baxter, MLA 1600)

Proteína C (método substratos cromogénicos, reagente Baxter, MLA 1600)

Proteína S (método ELISA, reagente Stago)

Inibidor do activador do plasminogénio (PAI-1) (método substratos cromogénicos, reagente Stago, MLA 1600)

**RESULTADOS** - Apresentam-se os resultados referentes a ambos os grupos de mulheres e comparação estatística (t de student)

	COM THS	SEM THS
Fibrinogenio (mg/dl)	326	342.5 •
Factor VIIc (%)	140	159 •
Factor VII Ag (%)	124	132.5 •
ATIII(%)	101	105.5 •
Proteína C (%)	109	117.5 •
Proteína S (%)	91	100 •
PAI-1 (AU/ml)	7	10.2 •

• Diferenças estatisticamente não significativas

**CONCLUSÃO** - Não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de mulheres post-menopausa a fazer THS e as mulheres post-menopausa não submetidas a terapêutica, para nenhum dos parâmetros hemostáticos avaliados.

Agradecimentos: técnicas de laboratório Teresa Santos e Isabel Ferreira.

## DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DA SÍFILIS (Casuística 1994-1995)

Matos M, Loureiro V.

Serviço de Patologia Clínica - Secção Imunologia.

Reunião do Serviço - Hospital D. Estefânia. Outubro 1996

**RESUMO: INTRODUÇÃO** Sentindo um recrudescimento da sífilis nos últimos tempos, propusemo-nos ao levantamento da seropositividade na população que recorre ao nosso laboratório.

O diagnóstico laboratorial da sífilis apoia-se na pesquisa serológica, já que o isolamento do *treponema pallidum* é muito difícil. Os testes laboratoriais para a sífilis dividem-se em dois grupos: os testes treponémicos que pesquisam anticorpos dirigidos contra o próprio treponema (TPHA, FIA Abs, TPI) e os testes não Treponémicos que pesquisam anticorpos contra substâncias lipídicas quer do treponema quer do hospedeiro - reaginas (VDRL, VDRL-carvão ou RPR) sendo estes últimos utilizados para rastreio e os testes treponémicos para confirmação.

**MATERIAL E MÉTODOS** - No período 1994/1995 foram efectuados 5574 rastreios para a sífilis provenientes dos vários serviços do Hospital de D. Estefânia (HDE) e Maternidade Magalhães Coutinho (MMC).

<u>1994</u>	Total:	2 892	<u>1995</u>	Total:	2 682
	MMC (C. Ext.)	1 984		MMC (C. Ext.)	1 720
	MMC (Int.)	703		MMC (Int.)	749
	UCIP	6		UCIP	8
	Serv. 1	23		Serv. 1	43
	Serv. 2	59		Serv. 2	41
	Serv. 5	29		Serv. 5	15
	Berc./1.3	88		Berc./1.3	106

A pesquisa foi efectuada pelo método do VDRL-carvão, sendo os resultados positivos confirmados pelo TPHA e efectuada a pesquisa de Ac anti-Treponema IgM nos recém-nascidos.

### RESULTADOS:

	<u>1994</u>	<u>1995</u>
Total Positivos	2 892 (3,2%)	2 682 (5,5%)
MMC (C. Ext.)	1 984	1 720
MMC (Int.)	703	749
Berc./1.3	6	8
Outros	23	43

Dos 52 recém-nascidos com VDRL positivo, 5 (9,6%) tinham anticorpos anti-Treponema IgM.

**CONCLUSÃO** - Os resultados obtidos mostram que a sífilis é uma infecção ainda muito frequente numa população jovem como a nossa, notando-se uma tendência para o aumento da sua prevalência. É muito importante o seu rastreio sistemático de modo a instituir a terapêutica o mais precocemente possível, evitando complicações tardias associadas à sífilis.

## ESTUDO COMPARATIVO DE DOIS MÉTODOS PARA A DETERMINAÇÃO DAS LIPOPROTEÍNAS DE BAIXA DENSIDADE - LDL

Figueiredo M, Griff I, Viveiros A.  
Serviço de Patologia Clínica - Hospital D. Estefânia  
Reunião do Serviço. Junho 1996.

**RESUMO:** As doenças cardio-vasculares por aterosclerose continuam a ser a principal causa de morte nos países industrializados.

O «NCEP» - NATIONAL CHOLESTEROL EDUCATION PROGRAM recomenda o C-LDL com o parâmetro de escolha para definição do risco de Doença Coronária e para estabelecimento dos critérios terapêuticos.

**OBJECTIVOS** - Comparar o método directo por imuno-precipitação com anticorpos policlonais com o método clássico utilizando a regra de Friedwald.

**MATERIAL E MÉTODOS** - Foram determinados 95 amostras de sangue colhido em jejum, sendo para o método de imuno-precipitação utilizados os reagentes e controlos da «SIGMA» e para o método clássico os reagentes e controlos da «BECKMAN» e a regra de Friedwald  $cLDL = cTotal - cHDL.TG/5$ .

**RESULTADOS** - Obteve-se uma precisão intrasérie de 4,2% e 4% respectivamente para o método clássico e método imuno-precipitação e uma precisão entre série de 5,3% e de 5% respectivamente para ambos os métodos.

Calculamos o coeficiente de correlação entre os dois métodos:  $r = 0,96$  (estatisticamente significativo).

e a recta de progressão linear:

Método clássico =  $30.95 \times$  Método imuno-precip. + 0.75.

**CONCLUSÃO** - Existe uma boa correlação entre os dois métodos. O método directo apresenta uma boa precisão intra e inter ensaio.

Ambos os métodos são de fácil execução com variabilidade aceitável, sendo contudo o método directo cerca de cinco vezes mais oneroso que o método clássico.

## CONJUNTIVITES - Revisão de 1995

Peres I, Barros R.

Serviço de Patologia Clínica

Reunião de Serviço. Maio 1996.

**RESUMO: INTRODUÇÃO** Sendo o exame bacteriológico dos exsudados oculares um dos exames mais solicitados na nossa Urgência e tendo em consideração o grupo etário a que estes produtos pertencem, e a hipótese diagnóstica que com alguma frequência nos foi posta de conjuntivite gonocócica, foi nossa intenção estudar os resultados obtidos durante o ano de 1995; quer em relação ao microorganismo predominante, quer ao Serviço que mais exames solicitou, quer ainda o tipo de doente a quem este exame é solicitado.

**MATERIAL E MÉTODOS** - Foram estudados 180 exsudados oculares colhidos e enviados correctamente ao nosso Laboratório durante o ano de 1995 de doentes com o diagnóstico de conjuntivite.

Foram processados de acordo com as normas em vigor na Secção, tendo sido pesquisada em todos a presença de *Neisseria gonorrhoeae*.

**RESULTADOS** - Obtivemos 36 culturas estéreis, 44 exames com culturas mistas sem valor patogénico e 100 culturas com germes patogénicos.

Os germes mais frequentes foram:

### GRAM NEGATIVOS

<i>H. influenzae</i>	22
<i>H. parainfluenzae</i>	7
<i>N. gonorrhoeae</i>	7
<i>E. coli</i>	8
<i>Ps. aeruginosa</i>	4
<i>S. marcescens</i>	3
<i>Enterobacter sp</i>	3
Outros gram negativos	7

### GRAM POSITIVOS

<i>St. aureus</i>	40
<i>St. epidermidis (sepsis)</i>	4
<i>St. pneumoniae</i>	5
Outros Streptococcus	8

Os doentes em que se isolaram *N. gonorrhoeae* foram: 3 da Urgência de Medicina, 2 do Berçário e 2 do Serviço 1 - Sala 1.

De um modo geral os Serviços que mais exames nos requisitaram, além da Urgência de Medicina foram os ligados à 1.ª infância como o Berçário, S1 - S3; S1 - S1; S4 - S2.

**CONCLUSÕES** - Podemos concluir que os resultados obtidos estão de acordo com a literatura, embora a nossa expectativa fosse superior para os casos de *N. gonorrhoeae* onde apenas isolámos 7 estirpes. De referir também o elevado número de culturas estéreis (com antibioterapia prévia?) e de culturas sem valor patogénico (colheita mal efectuada?), em ambos os casos não se pode pôr de lado a hipótese de infecção a *Chlamydia* para a qual chamamos a atenção.

## PREVALÊNCIA DE ANTICORPOS ANTITOXOPLASMA NUMA POPULAÇÃO FEMININA EM IDADE FÉRTIL

Matos M, Loureiro V.

Serviço de Patologia Clínica - Secção de Imunologia - Hospital de Dona Estefânia

Reunião de Serviço. Março 1996

**RESUMO: INTRODUÇÃO** O estudo da prevalência dos anticorpos antitoxoplasma na mulher em idade fértil é essencial já que, se a toxoplasmose é benigna na criança e no adulto imunocompetente, pode ser grave se atinge o feto. O conhecimento do risco que se corre quando não se está imunizado para a toxoplasmose é a primeira medida preventiva para evitar a toxoplasmose congénita.

**OBJECTIVO** - Estudo da prevalência dos anticorpos antitoxoplasma na população feminina em idade fértil e comparação com os resultados de estudo semelhante efectuado pelo Instituto Ricardo Jorge (IRJ).

**MATERIAL E MÉTODOS** - Foram estudadas 1652 mulheres seguidas nas diversas consultas de Maternidade Magalhães Coutinho (MMC), com idades compreendidas entre os 15 e os 45 anos, no período compreendido entre Junho de 1994 e Dezembro de 1995.

<u>Grupo I</u>	<u>Grupo II</u>	<u>Grupo III</u>	<u>Grupo IV</u>	<u>Grupo V</u>
15-20 anos	21-26 anos	27-32 anos	33-38 anos	39-45 anos
n=257	n=447	n=533	n=288	n=127

A pesquisa dos anticorpos antitoxoplasma foi efectuado pelo método ELISA.

**RESULTADOS** - A presença dos anticorpos antitoxoplasma (IgG) foi detectada em 46,4% versus 47,0% determinado pelo Instituto Ricardo Jorge.

	<u>Grupo I</u>	<u>Grupo II</u>	<u>Grupo III</u>	<u>Grupo IV</u>	<u>Grupo V</u>
H.D.E.	31,0%	46,7%	41,0%	63,8%	58,0%
I.R.J.	50,7%	55,7%	46,0%	59,6%	60,4%

**CONCLUSÕES** - Tendo em conta os resultados obtidos pode-se concluir que o risco de uma infecção pelo toxoplasma na gravidez é elevado na nossa população, não havendo diferenças percentuais significativas entre os vários grupos etários estudados. Sabendo que o diagnóstico e o tratamento precoce podem evitar ou pelo menos diminuir as sequelas de uma toxoplasmose congénita, justifica-se plenamente a vigilância a toda a grávida não imunizada até ao fim da gravidez.



## VÍRUS RESPIRATÓRIOS NUMA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA

Loureiro V, Matos M.

Serviço de Patologia Clínica - Secção de Imunologia - Hospital de Dona Estefânia

Reunião de Serviço. Janeiro 1996

**RESUMO: INTRODUÇÃO** - As doenças respiratórias são consideradas uma das maiores causas de morbidade e mortalidade, estando na origem de 90% destas doenças agentes infecciosos não bacterianos.

A O.M.S. refere 4 milhões de mortes em crianças com idades inferiores a 5 anos. Sendo ainda responsáveis por 20-40% de internamento hospitalar.

O diagnóstico laboratorial é feito por isolamento do vírus em cultura celular e pela serologia, técnicas estas sensíveis e específicas, mas demoradas. Os métodos rápidos de identificação Ag mostram uma concordância de 90% com as culturas celulares, apresentando a IF e a ELFA sensibilidade maior, pelo que se tornam óptimos como métodos de rastreio neste grupo etário.

**OBJECTIVO** - Estudo da prevalência de vírus respiratórios numa população pediátrica.

### MATERIAL E MÉTODOS:

• 344 crianças internadas, com idades entre 0-6 anos, no período de Janeiro 95 a Janeiro 96.

Amostras:

Asp. Nasofar.

L.B.A.

Secreções bronq.

- Detecção do Ag RSV-ELFA (sistema VIDAS)
- Detecção do Ag ADEN, INF, e PARAINF-1.F.I. (Ac monocl.)

**RESULTADOS** - De 344 amostras encontramos 109 (32%) de positividade, sendo a incidência do RSV de 82,6%, do ADEN, de 10% do PARAINF, de 5,5%, e do INF, de 1,8%. A distribuição sazonal do RSV foi de Jan. a Abril de 95 de 56% e de Out. a Jan. de 96 de 27%.

As idades mais frequentes dentro das crianças infectadas são entre os 2-3M (23%) e os 3-6M (21%). Sendo a maior proveniência das amostras positivas dos Serviços Alergologia/O.R.L. (25,7%), S2 S1 (24,7%), S1 S3 (13,8%), UCIP (11,9%) e S1 S1 (8,3%).

**CONCLUSÃO** - Na população estudada encontramos uma prevalência nítida do RSV.

Maior incidência dos vírus estudados nos meses de Inverno e nos primeiros anos de vida.

## **REABILITAÇÃO DE CRIANÇAS QUEIMADAS: Experiência do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Hospital de D. Estefânia**

Costa M, Condeça B, Serafim Z.

Serviço de Medicina Física e de Reabilitação e Serviço de Cirurgia Pediátrica - Hospital D. Estefânia.  
8.ª Reunião de Medicina Física e Reabilitação do Hospital St.ª Marta. Lisboa, Fevereiro 1996.

**RESUMO:** No Hospital D. Estefânia existe a única Unidade de Queimados pediátrica do país, em funcionamento desde 1987. Neste Unidade trabalha diariamente uma equipa pluridisciplinar constituída por cirurgiões, fisiatras, pedopsiquiatra, psicóloga, enfermeiras, fisioterapeutas, assistente social, dietista e uma educadora infantil.

Os dados clínicos dos doentes são trabalhados informaticamente através de uma base de dados elaborada pela equipa médica em 1995. Com base neste ficheiro de doentes foi apresentada uma breve análise dos dados clínico-epidemiológicos referentes às 1244 crianças tratadas na Unidade de Queimados do Hospital D. Estefânia nos últimos 8 anos.

A segunda parte do trabalho foi destinada à exposição do protocolo de apoio do Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital D. Estefânia à reabilitação de crianças com queimaduras, dando especial relevo às particularidades desta reabilitação, nomeadamente o modo exuberante como se processa a cicatrização, e os problemas estéticos, posturais e articulares que essa cicatrização hipertrófica provoca. Os importantes problemas de ordem psicológica e a sua interferência com a reabilitação foram igualmente analisados.

## ALTERAÇÕES DO DESENVOLVIMENTO EM CRIANÇAS COM SPINA BÍFIDA

Portugal I, Loff C.

Reunião Clínica do Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital Dona Estefânia. Março 1996

**RESUMO:** Dum total de 62 crianças seguidas à data pelo Núcleo de Spina Bífida do Hospital de Dona Estefânia, foram avaliadas 32, utilizando a Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths (0-8 anos).

Este teste engloba 6 escalas e permite quantificar o desenvolvimento das áreas: Locomotora - Escala A; Pessoal/Social - Escala B; Audição/Linguagem - Escala C; Coordenação Olho/Mão - Escala D; Realização - Escala E; Raciocínio Prático - Escala F. Obtêm-se 6 sub-quocientes, cuja média aritmética determina o chamado Quociente Geral (QG). Para Q.G.'s iguais ou superiores a 80, o Desenvolvimento Mental da criança é considerado Bom.

Os docentes foram analisados segundo a idade, o nível da lesão medular, o Índice de Apgar (I. Apgar) aos 5', o nível sócio-económico (Escala de Graffar) e a colocação, ou não, de *shunt* para correcção de hidrocefalia.

Das 32 crianças estudadas, 21 (67%) têm um Q. G., igual ou superior a 80 - Bom desenvolvimento mental uma vez que:

- 11 têm Q. G. inferior a 80
- 7 têm Q. G. superior a 80 e inferior a 90
- 10 têm Q.G. superior a 90 e inferior a 100
- 4 têm Q.G. superior a 100

Excluindo os sub-quocientes da Escala A na determinação dos Q.G.'s, verificou-se não haver alteração significativa nos seus valores, à excepção de um caso.

Obtiveram-se os seguintes resultados:

A maioria das crianças tem Q.G., igual ou superior a 80.

O Q. G. é superior nas crianças com lesão medular mais baixa.

Todas as crianças sem *shunt* têm Q.G. igual ou superior a 80, à excepção de uma.

Das 11 com Atraso do desenvolvimento mental, 10 necessitaram de *shunt*; 9 deles com revisão.

Das 21 crianças com Bom desenvolvimento mental, a 11 foi necessária colocação de *shunt*, e apenas 3 fizeram revisão do mesmo.

Nos casos em que foi necessário fazer revisão do *shunt* o Q.G., é baixo (média: 68).

## **SEGUIMENTO E HABILITAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO DE MUITO BAIXO PESO**

Alves A.

Serviço de Medicina Física e Reabilitação - Unidade de Cuidados Intensivos Neo Natais - Hospital de Dona Estefânia.

Reunião Clínica do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação - Novembro 1996

**RESUMO:** A autora, apresenta os resultados da avaliação do desenvolvimento psicomotor numa população de 101 crianças de pré-termo com peso ao nascer <1500 g., nascidas entre 1.1.1989 e 31.12.1994, enviadas pelo Serviço de Neonatologia e, seguidas no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Hospital de Dona Estefânia.

Este grupo é caracterizado no que respeita à classe social, sexo, idade gestacional, peso ao nascer, ecografia transfontanelar, data da 1.ª consulta de Reabilitação e desenvolvimento psico motor, sendo estes resultados apresentados por grupo etário dos 1 aos 6 anos.

A metodologia usada foi o teste de Mary Sheridan, Griffiths e Reynell complementado com o exame neurológico.

**CONCLUSÃO** - À data da avaliação, das 101 crianças estudadas, 28 apresentam alterações do D.P.M., (27.7%). Destas, 14 têm Paralisia Cerebral, correspondendo a 13.9% da população estudada.

As alterações cognitivas são quantificadas pelo teste de Griffiths, o que nos permite orientar pais e educadores.

Estamos atentos, para eventuais dificuldades de aprendizagem/alterações de comportamento, das crianças em idade escolar, de modo a providenciar um adequado apoio na escola.

## PARALISIA OBSTÉTRICA DO PLEXO BRAQUIAL - Revisão de 104 casos

Vasconcelos A, Medeiros L, Cary C, Loff C.

Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital de Dona Estefânia.

III Jornadas Internacionais de Medicina Física e Reabilitação, Porto Outubro 1996

2.ª Jornadas de Reabilitação Pediátrica, Costa da Caparica, Dezembro 1996.

**RESUMO:** As autoras analisaram os processos clínicos de 104 crianças com paralisia obstétrica do plexo braquial (POPB), observadas no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação (SMFR) do Hospital de Dona Estefânia (HDE), de Janeiro de 1990 a Dezembro de 1995.

Foram convocadas para reavaliação todas as crianças que, residindo no Concelho de Lisboa ou nos concelhos limítrofes, apresentavam processos clínicos incompletos.

Os parâmetros estudados foram os seguintes: sexo, lado atingido, tipo de POPB, idade à data da 1.ª observação no SMFR, proveniência, tipo de parto, peso ao nascer, patologia associada, exames complementares de diagnóstico efectuados, tratamento cirúrgico, evolução e sequelas.

Apesar de em 30.8% dos casos não ter sido possível tirar conclusões acerca da evolução clínica e funcional, este trabalho foi particularmente útil por ter revelado as lacunas existentes no seguimento destas crianças e motivado a elaboração de um protocolo que permitirá desenvolver um trabalho mais objectivo e com melhores resultados.

## ARTOGRIPSE MÚLTIPLA CONGÊNITA - Caso clínico

Claro S, Reis V, Soudo A, Levy M.

Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital de Dona Estefânia.

Reunião do Serviço de Medicina Física e Reabilitação. Setembro 1996

**RESUMO:** As autoras apresentaram um caso de uma criança de 18 meses de idade, seguida no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Hospital de Dona Estefânia desde os primeiros dias de vida, por Artogribose Múltipla congénita.

Segunda filha de pais não consanguíneos, sem história familiar de doenças de carácter hereditário. A gravidez foi vigiada realçando-se a presença de oligoâmnios e ausência de movimentos fetais. O parto foi de termo, distócico (forceps) por apresentação pélvica com I. Apgar ao 1.º minuto de 5 e ao 5.º minuto de 10 tendo sido reanimada com entubação endotraqueal nos primeiros 2 minutos de vida. Seguida neste Serviço desde os 19 dias de vida, na altura internada no S3S2 deste Hospital (transferida da M.A.C.) para apoio das diversas especialidades (Ortopedia infantil, Medicina Física e Reabilitação, Neuropediatria e Genética), tendo realizado vários exames complementares de diagnóstico (RX dos membros inferiores; rastreio de doenças metabólicas e colheita de sangue para cariotipo; ecografia transfontanelar, renal e das ancas; CK; E.M.G.; Biopsia muscular; e observação cardiológica e oftalmológica) e iniciado tratamento pela nossa especialidade (*sector fisioterapia*) que continuou mesmo após a alta hospitalar. (*sectores de fisioterapia e terapia ocupacional*).

À nascença a criança apresentava desde logo:

- facies dismórfico, aspecto cilindro-cónico do tronco e membros
- choro fácil à manipulação apresentando limitação das amplitudes articulares nos diferentes segmentos do corpo e ausência de movimentos activos dos membros
- amiotrofia e diminuição do tecido subcutâneo global
- membros superiores e inferiores com retracções de alguns grupos musculares, deformidades ósseas, fossetas cutâneas e pele suada e fria
- hipotonia generalizada; R.O.T., lentos e difíceis de despertar
- Luxação bilateral das ancas e joelhos
- Fractura femur direito.

Condicionando desde os 3 meses de idade um atraso no desenvolvimento motor (ou seja: equilíbrio do tronco entre os 12.º-13.ºM, preensão dirigida entre os 13.º-14.ºM).

Actualmente é uma criança com bom contacto social, muito colaborante e interessada pelo meio; mímica facial muito rica; sentada tem bom equilíbrio do tronco mas diminuição da funcionalidade dos membros e hiperlordose lombar; em decúbito dorsal tem presença de movimentos associados.

Foi portanto feita uma avaliação global do seu Desenvolvimento com vista a uma apreciação funcional das suas deficiências. Foi apresentado um vídeo sobre a criança em questão durante as sessões de fisioterapia e terapia ocupacional.

For fim foram definidos quanto ao Plano de tratamento e estudadas novas estratégias terapêuticas no que respeita à prescrição de ajudas técnicas com apoio de Engenharia de Reabilitação.

## HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA: TRÊS DÉCADAS DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA (1967-1996)

Coelho M, Casimiro A, Neves C, Barros D, Ribeiro E, Paulino F, Santos F, Leite M, Pona N, Pinto S, Prates S, Mendonça T.

Jornadas Luso-Espanholas de Pediatria - Hospital de Dona Estefânia/HCI. (Lisboa) e Hospital Universitario Gregorio Marañon (Madrid).

Sala de Conferências do Hospital de Dona Estefânia. Lisboa Outubro 1996

**RESUMO:** O Hospital de Dona Estefânia (HDE), há cerca de 35 anos, na linha da tradição inovadora presente desde a sua criação, iniciou a «1.ª Consulta Permanente Pediátrica» autónoma do País. origem do actual Serviço de Urgência (SU) pediátrico médico-cirúrgico. Nas últimas 3 décadas a evolução do movimento assistencial do SU pode dividir-se em três fases: 1.ª até 1973, com afluências anuais de 30.000 a 40.000 crianças; 2.ª que elevou a afluência para cerca de 150.000; e 3.ª (últimos 10 anos), de lenta redução - 100.000 a 120.000 atendimentos. Nos últimos 10-15 anos, a evolução do movimento do SU fez-se de forma oscilante, isto é, a um ano de maior afluência seguiu-se um de menor e assim sucessivamente, estando essa variação associada à morbidade por «doenças infecciosas e parasitárias». Sempre que essa oscilação não ocorreu, algo de muito determinante surgiu no campo político ou social. Verificámos que o SU-DHE funcionou como «Observatório-Sentinel» das várias epidemiologias, sociais e nosológicas, em curso na sociedade. Outros exemplos dessa sensibilidade em relação às características da população utente, verificaram-se também na área económica (anos 80: relativo aumento da afluência nos meses de Verão; anos 90: menor movimento nesses meses - em parte por deslocação de muitas famílias para férias fora de Lisboa) e na área demográfica (diminuição progressiva da afluência de crianças com menos de 1 ano e relativo aumento de adolescentes). Entre 1978-1994, parecem ter-se mantido como predominantes no SU: 1.º doenças do aparelho respiratório e 2.º doenças infecciosas e parasitárias. O SU do HDE, teve desde sempre o maior movimento dos SU pediátricos, mas a partir de 1987, com a abertura de «novos» SU pediátricos, a situação tende a modificar-se. Prevêmos até ao ano 2000 uma redução de afluência entre 20-25% com cerca de 90.000 casos/ano. Este é um facto inédito que se associa a outras questões que desde já podem equacionar-se até ao final do século: — o número de médicos do quadro permanente não só sofreu uma redução acentuada no mesmo período como, face à sua média de idades, deixarão de aí trabalhar entre 17 a 33% dos pediatras e 42% dos cirurgiões (muito mais que a ligeira redução do movimento esperada); — poderão optar por não trabalhar à noite, mais de 50% dos médicos que actualmente prestam esse serviço. Entretanto o processo de renovação das gerações hospitalares e desvinculação imediata dos internos após o exame está desajustado desta nova realidade e avizinham-se dificuldades de adaptação às novas tecnologias (informatização) a instalar no SU. Admitimos que o SU do HDE, à meia idade dos 35 anos, está numa verdadeira encruzilhada e mais uma vez vai servir de indicador ao país pediátrico, na saída para este problema. Fazem parte dessa saída: — Não negar a evidência da nova realidade; — Definir o tipo de SU que vamos ter (autónomo ou integrado em qualquer futuro hospital geral, aberta ou referência, pediatria geral ou sub-especialidades pediátricas, etc.); — pensar que a pressão do internamento de patologia aguda se modificará e surgirá a oportunidade de dimensionar o HDE para uma nova liderança na definição nos padrões óptimos do tratamento hospitalar e domiciliário à criança doente, e em especial, à criança de risco ou com doença crónica.

## PATOLOGÍA INTENSIVA PEDIÁTRICA PREVALENTE EN PORTUGAL

Barata M, Ventura I, Macedo A, Marques A, Fernandes I, Estrada J, Ramos J, Santos M, Vale M, Valente R, Vasconcelos C.

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos - Hospital de Dona Estefânia

Workshop «Patologías prevalentes en C.I.P. Desarrollo descable en un próximo futuro» - Simposium de Intensivistas Pediátricos de Habla Española. Madrid Junio 1996

**RESUMO:** En los últimos años se ha verificado en Portugal una reducción en la población joven. Actualmente, la población pediátrica (<15 años) representa 17,9%, aproximadamente 1.8 millones.

Desde el punto de vista de organización hospitalar, el país está dividido en tres zonas - Norte, Centro y Sur. Existe un hospital pediátrico en cada una de estas regiones y todavía cinco grandes servicios de pediatría integrados en hospitales generales centrales (tres en la zona norte y dos en la zona sur). En su totalidad, Lisboa tiene 587 camas pediátricas, Oporto tiene 476 y Coimbra 120. Por todo el país existen todavía 46 servicios de pediatría.

Las unidades de cuidados intensivos neonatales surgieron más temprano y se desarrollaron obedeciendo a un plano nacional establecido. Con respecto a las unidades de cuidados intensivos pediátricas, ellas surgieron mucho más tarde, en algunos casos, como extensiones de unidades neonatales pre-existentes y, más como necesidad de los hospitales donde se encuentran integradas que de acuerdo con un plano nacional.

Actualmente existen siete unidades en el país (Zona Norte: 1 pediátrica; 2 polivalentes; Zona Centro: 1 polivalente; Zona Sur: 2 pediátricas; 1 polivalente).

El número de camas de cuidados intensivos actualmente disponible se aproxima del preconizado por la Comisión Nacional de Salud Infantil - 3 camas de cuidados intensivos por 1 millón de habitantes. El número de hospitalizaciones por año oscila entre 100 y 500 de acuerdo con el tipo de unidad.

Todas tienen un «staff» médico propio, cuyo número oscila entre 4 y 11. En casi todas las unidades, la relación enfermero/paciente es de 1/3, todavía en algunas el número de puestos continúa limitado por falta de enfermeros. Todos los hospitales disponen de transporte medicalizado.

La patología respiratoria es la más frecuente en todas las unidades (22,5% de las hospitalizaciones). Los politraumatizados son responsables por el 14,2% del total. La patología neurológica y infecciosa tienen una prevalencia semejante (8,9% y 8,6%). Todas las unidades reciben pacientes quirúrgicos, cuyo porcentaje global oscila entre 17 y 40%. En su gran mayoría son post-operatórios de cirugía general. Ninguna de las unidades recibe post-operatórios de cirugía cardiovascular. Solamente una unidad (Hospital Pediátrico de Coimbra) recibe trasplante hepático.

La infección en el paciente oncológico es una patología actualmente preocupante y cada vez más frecuente. La infección nosocomial está siendo investigada en cinco unidades. En cuatro de ellas se está realizando el Estudio Europeo de Infección Nosocomial — Proyecto Helix (Hospital in Link for Infection Control Through Surveillance). Otras líneas de investigación son: TNF- $\alpha$  Sepsis, Hemodinámica Cerebral y Calorimetría Indirecta.

Podemos decir que en los últimos años hubo un aumento de las preocupaciones en relación al niño críticamente enfermo lo que llevó a una mejoría significativa de los cuidados aportados. Han surgido nuevas unidades con aumento del número de camas de cuidados intensivos, así como del personal médico y de enfermería especializado. El transporte pediátrico medicalizado ha sido motivo de preocupación en nuestro país. Uno de los problemas que todavía continúa sin solución es el hecho de que algunas patologías pediátricas aún están siendo tratadas en hospitales de adultos, específicamente la Cirugía Cardiovascular y, en algunas regiones, el gran traumatizado.



## ASSESSMENT OF A PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT USING THE PEDIATRIC RISK OF MORTALITY (PRISM) SCORE

Vasconcelos C, Ventura L, Fernandes I, Valente R, Marques A, Barata D.  
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos - Hospital de Dona Estefânia  
II Congresso Mundial de Cuidados Intensivos Pediátricos. Roterdão Junho 1996

**RESUMO:** To assess the performance of the Pediatric Intensive Care Unit of Hospital D Estefânia by an international standard score, the authors did a prospective study of 682 consecutive admissions to the Unit during a period of 17 months.

The effectiveness and efficiency were determined by the admission PRISM. Admission efficiency was defined by two criteria: a) Mortality risk  $>1\%$  or b) the administration of at least one Intensive Care Unit dependent therapy.

Mean age was 50.6 months (median: 27); mean length of stay was 3.8 days (median: 2).

The cumulative observed mortality rate was 5.87% and the expected mortality was 6.54% with a Standardized Mortality Ratio (SMR) = 1.04.

The overall performance of the PRISM score-based predictive model was found to be good (goodness-of-fit test  $\chi^2 [5] = 3.62$ ;  $p = 0.605$ ).

Of 682 patients admitted, combining the two criteria (ICU-dependent therapy and mortality risk) and admission efficiency of 463 (67.9%) was found, equating to 2177 (84.5%) of 2562 ICU days.

**CONCLUSION** - In our study the assessment of the admission efficiency and of the effectiveness of the Unit was possible by using the PRISM score of admission.

## UM CASO CLÍNICO DE FEBRE ESCARO-NODULAR

Barata I, Ramos J, Valente T, Fernandes I, Vasconcelos C.

Jornadas Luso-Espanholas de Pediatria, Lisboa, Outubro 1996

Reunião de Casos Clínicos da Região Sul da Sociedade Portuguesa de Pediatria, Lisboa, Novembro 1996.

**RESUMO:** Os autores apresentam o caso clínico de uma criança do sexo masculino, raça branca de 4 anos de idade, transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital de Dona Estefânia com o diagnóstico de febre escaro-nodular e que apresentava flutuações no estado de consciência. Constatou-se a presença de disfunção multi-órgão com disfunção hepática, envolvimento do sistema nervoso central com meningo-encefalite, pneumonia intersticial, coagulopatia de consumo e desequilíbrio iónico. Foi instituída terapêutica com cloranfenicol e correcção dos desequilíbrios iónico e hematólogico. Apesar da evolução inicial favorável verificou-se um agravamento do quadro clínico com convulsão focal e coma havendo necessidade de instituir suporte ventilatório. A serologia para *Rickettsia conorii* confirmou o diagnóstico e os exames imagiológicos (TAC e RMN) excluíram a existência de lesões cerebrais.

Apesar da gravidade do quadro clínico verificou-se uma evolução favorável tendo o doente sido alta da Unidade sem sequelas.

**UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP)**  
**Evolução de cinco anos (1992 - 1996)**

Vasconcelos C e colaboradores.

Reunião Geral do Hospital - Hospital Dona Estefânia. Novembro 1996

**RESUMO:** Apresenta-se a análise do movimento assistencial da UCIP, comparando os primeiros dez meses de 1992 com igual período de 1996, num total de 751 doentes avaliados.

**MATERIAL E MÉTODOS** - Os dados foram analisados retrospectivamente, tendo sido avaliados os seguintes parâmetros: Movimento e Tipo de Doentes, Proveniência, Grupos Nosológicos, Procedimentos, Índices de Gravidade (PRISM) e de Intervenção Terapêutica e Resultados, com avaliação da mortalidade prevista calculada pelo Risco de Probabilidade de Morte (RPM) efectuado pelo PRISM. A análise estatística foi efectuada pelo teste *t* de Student, sendo considerado o nível de significância para um  $p \leq 0.05$ .

**RESULTADOS** - Em relação ao movimento, verifica-se ter havido uma significativa diminuição ( $p < 0.000$ ) no número de internamentos (25.8%), à custa de uma redução dos internamentos pelo SU ( $p < 0.001$ ), já que nos internamentos por transferência de Outros Hospitais e de Enfermarias do IIDE se verifica um aumento (20.6% vs 26.6% e 26.7% vs 33.1%, respectivamente) ainda que não significativo. Os doentes «Cirúrgicos» aumentaram de 12.3% para 20.9% ( $p \leq 0.002$ ).

No tipo de patologia verificou-se uma diminuição dos internamentos por intoxicações, de 12.5% para 6.3% ( $p \leq 0.006$ ) e por patologia respiratória ( $p = N.S.$ ).

Tanto nos doentes provenientes do SU como nos transferidos das enfermarias se verificou um aumento da gravidade, de 3.7 para 6.8 e de 4.98 para 7.7 pontos PRISM respectivamente ( $p \leq 0.000$  e  $p \leq 0.009$ ), tendo-se mantido constante a gravidade dos doentes transferidos de outros Hospitais (8.5 vs 8.7).

Globalmente quer a gravidade quer a Intervenção Terapêutica aumentaram significativamente entre 1992 e 1996, o que se evidencia pelos seguintes parâmetros: aumento do número de doentes em Intensivos 32.7% vs 47.8% ( $p \leq 0.000$ ); aumento do PRISM médio 5.01 vs 7.6 ( $p \leq 0.000$ ); aumento do número de doentes com RPM  $\geq 1\%$  de 47.8% para 65.9% ( $p \leq 0.000$ ); aumento do TISS médio 14.6 vs 19.3 ( $p \leq 0.000$ ); aumento do número de doentes com TISS  $\geq 10$  de 64.5% para 79.4% ( $p \leq 0.000$ ) e igualmente aumento de procedimentos invasivos como a ventilação 17.9% vs 24.5% ( $p \leq 0.003$ ) e a colocação de cateteres centrais 11.8% vs 19.8% ( $p \leq 0.004$ ).

A mortalidade aumentou de 5.8% para 7.5%, sendo a mortalidade esperada pelo RPM de 5.8 e 8.55 respectivamente, a que corresponde uma relação entre a mortalidade esperada e a verificada de 1.018 em 1992 e de 0.877 em 1996. Não se verificou variação significativa na demora média que passou de 3.8 dias para 3.5 dias.

**DEFEITOS DA  $\beta$ -OXIDAÇÃO MITOCONDRIAL: Um caso fatal de deficiência em 3-Hidroxi-acil-CoA desidrogenase de cadeia longa (LCHAD)**

Flores H, Costa C, Barata D, Marques A, Leite M, Vasconcelos C, Almeida I.  
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos - Hospital de Dona Estefânia  
Centro de Metabolismos e Genética - Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa  
Simposium Erros Hereditários do Metabolismo - Novas Perspectivas. Lisboa, Novembro 1996.

**RESUMO:** Descreve-se um caso fatal de deficiência em 3 hidroxi-acil-CoA desidrogenase de cadeia longa (LCHAD) diagnosticado numa criança de 8 meses de idade, segunda filha de um casal jovem, saudável e consanguíneo. Os primeiros sintomas manifestaram-se aos 6,5 meses de idade ao entrar em coma hipoglicémico não cetótico do qual recupera após infusão endovenosa de glucose. Detectou-se hepatomegália e, posteriormente, cardiomegália. Durante teste de jejum prolongado detectou-se a presença de acidúria 3-hidroxi-dicarboxílica e o estudo enzimático efectuado em cultura de fibroblastos confirmou o déficite em LCHAD.

## FASCIETE NECROSANTE PÓS VARICELA

Furtado F, Santos M, Vale M, Estrada J, Moura G, Vasconcelos C.

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) - Hospital de Dona Estefânia

Reunião de Casos Clínicos da Região Sul da Sociedade Portuguesa de Pediatria, Novembro 1996.

**RESUMO:** Apresenta-se o caso clínico referente a uma criança do sexo feminino de 4 anos 8 meses, internada na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, na sequência de varicela complicada por infecção da pele e tecidos moles. A infecção da pele progrediu com atingimento rapidamente progressivo até à fascia, no períneo, parede abdominal anterior e axilas, associada a Síndrome Sepsis.

Apesar da terapêutica antibiótica múltipla e precoce (Flucloxacilina + Netilmicina + Penicilina G cristalizada + Clindamicina), só se verificou melhoria clínica após sucessivas fasciotomias e limpezas cirúrgicas. De salientar a importância da Ressonância Magnética na confirmação do diagnóstico e avaliação da extensão das lesões.

Do ponto de vista analítico destaca-se, para além dos parâmetros de infecção, alterações da coagulação, hipoalbuminémia, hipocalcémia e acidose metabólica que persistiram até ao 13.º dia de internamento.

O Strep.  $\beta$  Hemolítico do Grupo A foi o único agente isolado.

A criança teve alta clinicamente bem, ao fim de cerca de 2 meses de internamento hospitalar e várias cirurgias reconstrutivas, sem lesões residuais significativas.

## SÍNDROME HEMAFAGOCITÁRIO ASSOCIADO A VÍRUS

Limbert C, Martins M, Barata D, Ventura L, Marques A, Vasconcelos C.

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (U.C.I.P.) - Hospital de Dona Estefânia.

Serviço de Anatomia Patológica - Hospital de S. José - Lisboa

Reunião de Casos Clínicos da Região Sul da Sociedade Portuguesa de Pediatria. Novembro 1996

**RESUMO:** O Síndrome Hemafagocitário é uma entidade rara, caracterizado por proliferação benigna e generalizada de histiocitos com hemafagocitose associado a infecção vírica sistémica.

Os autores apresentam o caso clínico de uma criança de 9 anos de idade, raça negra e antecedentes de síndrome fetal alcoólico com hidropsis fetal, cardiopatia congénita e dilatação das vias extrabiliares com colestase.

Internado por quadro clínico de sépsis, precedido de doença febril aguda com duração de 2 dias; no exame objectivo destacava-se prostração acentuada, icterícia, adenomegalias cervicais dolorosas e hepatoesplenomegália. Laboratorialmente apresentava trombocitopenia grave, alteração moderada da coagulação e da função hepática.

Ao fim de 9 horas de internamento faleceu por choque hemorrágico.

O exame histológico do baço, fígado e gânglio cervical revelou tratar-se de Síndrome Hemafagocitário provavelmente associado a vírus.

Vale C, Marques A, Barata D, Fernandes I, Estrada J, Ramos J, Ventura L, Santos M, Valente R, Santos H, Vasconcelos C.

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

Serviço de Patologia Clínica - Hospital de Dona Estefânia

I Jornadas Luso-Espanholas de Pediatria. Outubro 1996.

**RESUMO: OBJECTIVOS** - Estudar a correlação entre os níveis de actividade de Proteína C e as diferentes fases de evolução clínica da sépsis.

**MATERIAL E MÉTODOS** - Estudo prospectivo de 41 crianças com sépsis, internadas na UCIP entre 1993 e 1996. Os diferentes estadios de evolução clínica de sépsis foram classificados de acordo com a metodologia proposta por Bone e posteriormente revista e adaptada para Pediatria por McCracken. O cálculo de probabilidade de morte (RPM) foi efectuado pela fórmula proposta por Pollack, com base no PRISM das primeiras 24 horas de internamento.

A actividade da Proteína C foi quantificada pelo método dos substratos cromogénicos e os valores de referência foram os publicados por Maureen Andrew. A análise estatística foi efectuada pelo teste *t* de Student (significância  $p < 0.05$ ).

**RESULTADOS** - A população estudada foi dividida em dois grandes grupos: um com choque (21 crianças) e um sem choque (20 crianças). O grau de instabilidade fisiológica (PRISM) e o RPM foram ambos significativamente superiores no grupo com choque comparativamente ao grupo sem choque ( $p < 0.000$ ). Ao analisar os níveis de actividade de Proteína C, constatámos um nítido predomínio de valores baixos ( $p < 0.000$ ) no conjunto dos doentes com sépsis ( $42.0 \pm 20.7$  vs  $66.0 \pm 13.0$ ), em relação aos valores padrão considerados. Ao considerar em separado os grupos sem e com choque verificámos que neste segundo grupo os níveis de actividade de Proteína C foram significativamente mais baixos ( $p < 0.000$ ) que nos sem choque ( $31.2 \pm 16.5$  vs  $52.3 \pm 18.9$ ). Sendo o Dímero D (DD) actualmente considerado como mais específico da presença de CID, verificámos que os 15 doentes com DD+ tinham igualmente uma significativa diminuição da Proteína C ( $p < 0.014$ ), quando comparados com os 26 doentes DD- ( $31.8 \pm 16.6$  vs  $77.9 \pm 20.5$ ).

Considerando os óbitos / sobreviventes (7/37) e os níveis de Proteína C, não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois ( $33.6 \pm 21.0$  vs  $43.8 \pm 21.0$ ).

**CONCLUSÃO** - 1) Actividade de Proteína C significativamente mais baixa nos doentes com sépsis comparativamente aos valores padrão utilizados.

2) Níveis de actividade de Proteína C estatisticamente inferiores no grupo com choque e no grupo das sépsis com DD+.

3) Ausência de relação significativa entre a actividade da Proteína C e a mortalidade (óbitos / sobreviventes), não a permitindo considerar como um marcador de risco de mortalidade.

## MALÁRIA GRAVE - UM CASO CLÍNICO

Vale P, Varandas L, Valente R, Fernandes I, Vasconcelos C, Gomes C.  
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos - Hospital de Dona Estefânia  
«Acta Pediátrica Portuguesa»

**RESUMO:** Descreve-se um caso de malária grave por *Plasmodium falciparum* numa criança de raça negra, de 5 anos de idade, residente em Angola até 2 semanas antes do internamento. Apesar da terapêutica com quinino i.v., o quadro evoluiu com falência multiorgânica, nomeadamente coma, insuficiência renal, necrose hepática, diátese hemorrágica e rabdomiólise. Foi necessário instituir ventilação mecânica e na terapêutica de suporte recorreu-se à administração de derivados plasmáticos, aminas vasoactivas e diuréticos em altas doses, tendo havido regressão do quadro clínico. Discutem-se as complicações bem como os factores de mau prognóstico presentes neste caso.



## CEFALEIAS NA CRIANÇA - AVALIAÇÃO CLÍNICA

Chaves F, Santos R, Vieira J.

IX Jornadas Pediátricas do Serviço 2 do Hospital de Dona Estefânia. Universidade Católica de Lisboa. Fevereiro 1996

**RESUMO:** Sabe-se que as cefaleias recorrentes são um problema frequente na prática clínica pediátrica. Os autores efectuaram um estudo prospectivo com um grupo de crianças seguidas na Consulta de Cefaleias do Hospital de Dona Estefânia.

Foram seleccionadas 51 crianças e adolescentes com idades compreendidas entre 4 e 14 anos, 21 do sexo masculino e 30 do sexo feminino.

O diagnóstico foi baseado nos critérios da Sociedade Internacional de Cefaleias (IHS). Todos os elementos clínicos utilizados (história familiar, localização, horário, carácter pulsátil, aura, equivalente de enxaqueca, interferência com a actividade diária, factores precipitantes, sintomas associados, etc.) foram objecto de um inquérito sistemático a todos os doentes. Os doentes incluídos tiveram um período de evolução e/ou seguimento superior a 12 meses, sem qualquer modificação das características clínicas e consequentemente do diagnóstico.

Foram observadas 49 crianças com enxaqueca e 2 crianças com cefaleias de tensão.

Constatou-se que a idade de início de cefaleias é frequentemente anterior aos seis anos. O carácter pulsátil e os sintomas gastrointestinais são elementos muito importantes para o diagnóstico. A história familiar de enxaqueca é muito frequentemente positiva, mas devido à elevada frequência na população em geral não deve ser considerada muito específica para o diagnóstico.

São sobretudo as cefaleias de tensão, que embora raras na criança levantam por vezes problemas de diagnóstico diferencial, que obrigam a exames complementares de diagnóstico para excluir patologia orgânica.

## SÍNDROME DE MARFAN

Pereira A, Teles L, Conde-Blanco J.  
Consulta Externa de Pediatria - Hospital de Dona Estefânia  
Reunião do Serviço 1. Fevereiro 1996

**RESUMO:** Os autores apresentam o caso clínico de uma criança de 8 anos, sexo feminino, raça branca, enviada à consulta de Pediatria Médica do HDL, em Julho de 1995, por subluxação temporo-superior dos cristalinos. Com base nos seus antecedentes familiares, nas alterações esqueléticas, oculares e neurológicas e em exames auxiliares é feito o diagnóstico de síndrome de Marfan.

Em seguida é feita uma abordagem teórica sobre esta patologia (incluindo referências à terapêutica, seguimento e prognóstico numa forma geral e relativamente à criança apresentada).

Termina-se salientando a importância nesta situação, dado o envolvimento multissistémico e a evolução temporal, da cooperação de várias especialidades e sub-especialidades.

## INFECÇÃO URINÁRIA NUMA CONSULTA DE PEDIATRIA GERAL

Pereira A, Seves G, Zarcos M, Santos T.

IX Jornadas Pediátricas - Hospital de Dona Estefânia. Lisboa. Fevereiro 1996

**RESUMO:** Os autores fazem um estudo retrospectivo com base nos processos clínicos das crianças referenciadas à consulta de Pediatria Médica do II. D. E. por infecção urinária, entre 1 de Janeiro e 31 de Dezembro de 1995, num total de 146 consultas.

Dos resultados obtidos salienta-se:

- 1 - A frequência desta situação nosológica (9,4% do total de consultas);
- 2 - A grande incidência da 1.<sup>a</sup> infecção urinária no 1.<sup>o</sup> ano de vida (42,4%) com um predomínio no sexo masculino no 1.<sup>o</sup> mês de vida (63,6%);
- 3 - A maioria das crianças foi enviada à consulta após a 1.<sup>a</sup> infecção urinária;
- 4 - Na maioria dos casos (85,6%) decorreu pouco tempo entre a 1.<sup>a</sup> infecção urinária e a 1.<sup>a</sup> consulta;
- 5 - Estes foram em grande parte enviados pelo S.U. (41%);
- 6 - O agente mais frequente foi a E. Coli (69,8%);
- 7 - Foram pedidos ex. imagiológicos à maioria (93,2%) das crianças, das quais 27,7% apresentavam alterações. Destas o R.V.U. foi a mais frequente (20,8%);
- 8 - A maior parte das crianças (60,2%) permaneceu em consulta, verificando se no entanto uma alta taxa de abandonos (26,7%).

## «TUBERCULOSE, OLHA QUE NÃO!»

Carvalho A, Santos T, Conde-Blanco J.  
Consulta de Pediatria Médica do Hospital de Dona Estefânia  
Reunião clínica do Serviço 2. Março 1996

**RESUMO:** Os autores apresentam um caso clínico de uma criança de 10 anos, sexo masculino, raça caucasiana, natural e residente em Lisboa, que foi enviada à consulta para esclarecimento de uma imagem radiológica com cerca de um centímetro de limites bem definidos no hemitórax direito, a nível do lobo superior, acompanhada laboratorialmente de leucocitose com neutrofilia.

Dos antecedentes familiares destaca-se tio com tuberculose pulmonar diagnosticada há dois anos.

A doença actual teve início cerca de três meses antes da primeira avaliação na consulta. Apresentava queixas de astenia, náuseas, sudorese intensa, enfartamento pós prandial, artralguas dos joelhos e emagrecimento. No mês antes da consulta surgiu cefaleias frontais, rinorreia sero-mucosa e episódios de vômitos frequentes, tendo este último facto motivado a sua ida ao serviço de urgência e consequentemente à descoberta da imagem radiológica.

Na primeira consulta foi realizada a prova de Mantoux 2U PPD-S, que se revelou negativa. Exame objectivo sem alterações. A observação da teleradiografia do tórax, em postero-anterior, revelou estarmos perante uma imagem compatível com o lobo acessório da veia àzigos.

No entanto atendendo à clínica e devido à presença de uma leucocitose com neutrofilia, prosseguimos a nossa investigação. Dos exames complementares de diagnóstico realizados é de salientar a serologia para o vírus da hepatite B que mostrou hepatite B em fase de recuperação, teleradiografia dos seios perinasais com sinusite do seio maxilar direito e ecografia abdominal com assimetria do volume dos rins e alteração da espessura parenquimatosa dos mesmos.

Concluindo - Devido a uma imagem radiológica infrequente, esta criança foi encaminhada para a consulta, permitindo assim estudar o seu caso clínico e chegar à conclusão de Hepatite B em fase de recuperação, sinusite do seio maxilar à direita e suspeita de patologia renal.

Fez-se uma breve revisão teórica da formação do lobo da veia àzigos.

## ANEIS VASCULARES

Afonso S, Santos T.

Consulta de Pediatria - Hospital de Dona Estefânia

Sessão Clínica do Serviço 2. Julho 1996

**RESUMO:** Os autores iniciam a apresentação com uma revisão teórica de aneis vasculares, em seguida apresentam dois casos clínicos.

O primeiro trata-se de uma criança do sexo masculino, de 8 anos de idade que é enviado à consulta pelo serviço de urgência por adenomegália cervical gigante à direita que após investigação clínica e laboratorial se revelou tratar-se de mononucleose infecciosa.

Uma semana após a primeira consulta recorreu ao S.U., devido a um primeiro episódio de dispneia sibilante súbita. Foi medicado com corticóides injectáveis e um aerossol com salbutamol com moderada melhoria. O RX Tórax revelava uma hipotransparência à direita. Negou aspiração de corpo estranho.

Devido ao facto de não ter havido grande melhoria clínica é feita uma broncoscopia que revelou compressões extrínsecas a nível traqueal e bronquico (BPE), suspeitando ser de etiologia vascular e adenopática.

Foi em seguida realizada uma REM que revelou uma transição entre o 1/3 médio e inferior, moldagem na parede anterior da traqueia, com diminuição do lumen em 20%, à custa do tronco arterial braquio cefálico.

O segundo caso clínico trata-se de uma criança do sexo masculino, de um ano de idade que é enviado à consulta pelo médico assistente.

Refere desde os 3 meses de idade respiração ruidosa alta mais audível quando acordado. Deitado a dormir não se ouve ruído.

A broncoscopia foi sugestiva de anel vascular.

A REM revelou uma moldagem na vertente anterior da transição entre o 1/3 médio e o inferior da traqueia, com diminuição do seu calibre em 40%, à custa do tronco arterial braqueo-cefálico.

Costa S, Chaves F, Santos T.  
Serviço 2 do Hospital de Dona Estefânia  
Reunião Clínica da Consulta Externa. Outubro 1996

**RESUMO:** Foi apresentada uma revisão dum caso clínico de uma jovem de 12 anos, seguida na Consulta Externa de Pediatria Médica, desde Abril de 1995, por queixas de Poliartalgias de pequenas e grandes articulações, de distribuição relativamente simétrica, acompanhadas de sinais inflamatórios locais, com 2 meses de evolução, sem quaisquer outras queixas ou alterações ao exame objectivo, exceptuando uma história de Amigdalite Pultácea, diagnosticada (e medicada) 3 dias antes da 1.ª consulta. Por se terem considerado as seguintes hipóteses diagnósticas: Artrite Reumatóide Juvenil / Febre Reumática, foram pedidos vários ex., complementares de diagnóstico, assim como observação pela C. Cardiologia Pediátrica do Hospital de St.ª Marta. Dos resultados analíticos realça-se: Anemia, ↑ da VS e γGlobulina, R. A. test +, Waller-Rose + e TASSO de 800, o que, juntamente com a clínica, apontou para o diagnóstico de ARJ Poliarticular FR+, pelo que se iniciou terapêutica com AAS, em Maio de 95; posteriormente, por não haver melhoria clínica, adicionou-se Prednisolona, com grande melhoria clínica e laboratorial.

Em Junho de 95, recebeu-se carta com informação clínica da C. Card. Pediátrica. H. S. Marta, onde se dizia não parecer haver cardiopatia estrutural, ficando, no entanto, Ecocardiograma marcado. Em Outubro de 95, recebeu-se nova informação clínica do H. S. Marta, onde se dizia existir história clínica sugestiva de F.R., e que o Ecocardiograma revelava alterações compatíveis com lesão reumática da válvula Mitral, pelo que iniciou terapêutica profiláctica com Penicilina G Benzatínica, mensalmente; dizia-se ainda não entender o porquê de manter AAS e CT.

Com base neste novo elemento, que veio alterar todo um raciocínio diagnóstico e terapêutico, decidiu-se pelo contacto pessoal entre os médicos dos 2 Hospitais. Após consulta do processo clínico da Cardiologia Pediátrica apurou-se o seguinte:

- Na 1.ª carta, enviada do H.D.E., ao H.S.Marta com o pedido de observação e opinião, foi escrito: «jovem com Poliartrite Deformante precedida de Amigdalite Pultácea» (o que não correspondia à verdade, já que a Amigdalite é que foi precedida de Poliartalgias).

- O relatório do Ecocardiograma revelava «folheto anterior da válvula Mitral ligeiramente espessado, sem incompetência valvular»; ora isto é uma alteração inespecífica, e não compatível com lesão reumática da v. Mitral (que quase sempre se acompanha de Insuficiência Mitral).

Daqui se conclui que, muitas vezes, uma carta escrita apressadamente, com um engano no uso de uma só palavra, ou uma interpretação pessoal do relatório dum ex. complementar (que não é enviado, como aconteceu com o Ecocardiograma), pode estar na origem dum raciocínio viciado, com consequente erro de diagnóstico e terapêutica. Há que ter objectividade e clareza na troca de informação clínica (escrita e oral), de modo a evitar situações semelhantes.

## TÃO PARECIDOS, TÃO DIFERENTES

Afonso S, Amador A, Conde Blanco J.  
Consulta de Pediatria - Hospital de Dona Estefânia  
Sessão Clínica do Serviço 1. Novembro 1996

**RESUMO:** Os autores apresentam dois casos clínicos com um início em termos de sintomatologia semelhante, nomeadamente febre vespertina, dores abdominais generalizadas, astenia, anorexia e sudorese nocturna, esplenomegália e sem adenopatias palpáveis. Tendo-se num dos casos chegado ao diagnóstico de linfoma de Hodgkin e no outro ao diagnóstico de infecção aguda a CMV.

## RAQUITISMOS HÁ MUITOS!

Chaves F, Santos T.  
Serviço 2 - Hospital de Dona Estefânia  
Reunião do Serviço 2. Dezembro 1996

**RESUMO:** Apresenta-se um caso clínico raro e exuberante de Raquitismo Vitamínico dependente Tipo I, diagnosticado aos 16 meses de idade, numa criança natural e residente em Cabo Verde.

Relata-se a evolução clínica, os problemas no diagnóstico, e as dificuldades na manutenção da terapêutica, decorrentes das distâncias geográficas, e que levaram à interrupção da mesma por um período de 2 anos, com o consequente aparecimento de graves sequelas osteoarticulares.

Faz-se uma breve abordagem do metabolismo fosfo-cálcico, na tentativa de melhor compreender os mecanismos fisiopatológicos da doença e dos objectivos da terapêutica instituída.

Este caso clínico caracteriza bem alguns dos obstáculos de ordem prática, difíceis de ultrapassar mesmo a nível dum hospital central.



## CONSULTA DE IMUNODEFICIÊNCIAS - REALIDADES

Almeida B, Coelho M, Rosado L.

I Jornadas de Actualização em Imunohematologia Pediátrica

Hospital de Dona Estefânia. Lisboa Junho 1996

**RESUMO:** A transmissão perinatal é a principal via de transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) à criança. Somente 10% das nossas crianças adquiriram o vírus através de transfusão de sangue ou produtos derivados. Esta via de transmissão desapareceu praticamente em países como o nosso, onde o rastreio dos dadores é feito de uma maneira sistemática. Na Consulta de Imunodeficiências do Hospital de Dona Estefânia, são seguidas actualmente 306 crianças filhas de mães VIH positivas, 69% das mães adquiriram o vírus por via heterossexual, 21,7% são ou foram consumidoras de drogas intravenosas e 3,7% foram contaminadas por transfusões de sangue. 226 Mães (75,3%) estão infectadas pelo VIH 1 e 74 (24,7%) pelo VIH2. A média de idades é de 27,3 anos (15-45 anos) sendo 172 (57,3%) de raça branca e 128 (42,7%) de raça negra, com 27,7% de mães solteiras constituindo famílias monoparentais.

A maioria (70,6%) das crianças nasceram de parto eutócico, 22,9% de cesariana e 6,5% com ajuda de forceps ou ventosa. 66 das 236 crianças nascidas de parto por via vaginal (28%) e 9 das 70 crianças nascidas por parto por cesariana (12,9%) estão infectadas. Nasceram prematuramente 50% das crianças, sendo a prematuridade mais accentuada (36,6%) no grupo das mães toxicod dependentes (n=82), que nos restantes (9,2). Foram amamentadas 19,3% das crianças, por períodos que variaram entre os 2 dias e os 2 anos. Das 306 crianças, 75 estão infectadas, 63 (84%) pelo VIH1 e 12 (16%) pelo VIH 2; das restantes 138 não infectadas, 31 estão em fase de infecção indeterminada e 62 abandonaram a consulta (20,3%).

## TRANSMISSÃO E SOBREVIVÊNCIA EM CRIANÇAS INFECTADAS VERTICALMENTE PELO VIH 2

Candcias F, Bessa A, Rosado L.

Jornadas Luso-Espanholas de Pediatria. Outubro 1996

**RESUMO:** Foi efectuado um estudo retrospectivo na Consulta de Imunodeficiências do Hospital de Dona Estefânia, envolvendo todas as crianças nascidas de mães infectadas pelo VIH 2, seguidas desde Janeiro de 1989.

O objectivo deste estudo foi determinar a morbilidade e mortalidade da infecção perinatal pelo VIH 2 na população pediátrica.

Excluíram-se outras vias de transmissão. As crianças foram submetidas a uma avaliação clínica e laboratorial regular e colhidas amostras de sangue preferencialmente nos 1.º, 2.º, 3.º, 6.º, 12.º e 18.º meses de vida. Os anticorpos para o VIH 1 e 2 pesquisados por ELISA e confirmados por Western Blot e culturas virais com PBMCs efectuadas sempre que possível.

Definidos como critérios de diagnóstico de infecção: o estado virulógico aos 18 meses de idade e/ou 2 culturas virais positivas em ocasiões distintas.

Desde Janeiro de 1989, 65 crianças nascidas de 59 mulheres foram seguidas; destas 50 são de raça negra, incluindo 42 da Guiné-Bissau. 12 crianças estão infectadas, 31 não infectadas, 18 abandonaram e 4 permaneceram num estágio de infecção indeterminado. 11 Crianças nasceram prematuras; 30.7% por cesarianas; 24.6% foram amamentadas. Das 12 crianças infectadas, 8 estão assintomáticas, com idades entre 1.5 e 16 anos e 4 têm sintomas relacionados com SIDA. Estas crianças têm actualmente 17, 12, 11 e 3.5 anos e os sinais e sintomas apareceram respectivamente aos 13, 5, 4 e 0.4 anos de idade.

Das crianças seguidas desde o nascimento (37), 31 não estão infectadas. A média de idade da seronegativação foi de 9.0 meses e assim permanecem aos 38 meses. Em 4 delas o estágio de infecção é ainda indeterminado e 2 estão infectadas, sendo a idade do diagnóstico de infecção num caso antes dos 3 meses e noutra aos 12 meses.

Estes dados sugerem uma muito baixa mortalidade neonatal, baixa frequência de transmissão do VIH 2 e provavelmente uma longa sobrevivência.

No entanto, é necessário um maior follow-up para melhor caracterizar a sobrevivência e a história natural da infecção perinatal pelo VIH 2.

## PNEUMONIA A PNEUMOCYSTIS CARINII EM CRIANÇAS INFECTADAS PELO VIH

Candeias F, Bessa A, Rosado L.

5.º Encontro Nacional de Actualização em Infecção para Clínicos Gerais.

Porto, Outubro 1996

**RESUMO:** De 60 crianças infectadas verticalmente pelo VIH 1 observadas no Hospital de D. Estefânia, 7 tiveram Pneumonia a *Pneumocystis Carinii*.

A média de idades de aparecimento desta infecção oportunista foi de 4.9 meses (4.5 - 6.0 meses). Nenhuma destas crianças estava a fazer profilaxia e todas se apresentaram com clínica de pneumopatia grave, com insuficiência respiratória, padrão intersticial bilateral e hipoxémia sem retenção de CO<sub>2</sub>. Observou-se em média um número de CD4 de 153/mm<sup>3</sup> (21-791/mm<sup>3</sup>), Percentagem de 10.3% (3-21%) e inversão de CD4/CD8 de 0.39 (0.14-0.60).

O diagnóstico definitivo requereu o isolamento do agente por exame microscópico de secreções obtidas por LBA, tendo-se detectado em 2 crianças a coexistência de infecção por *Streptococcus pneumoniae* e 1 por *Pseudomonas aeruginosa*.

Das 7 crianças, 6 faleceram não obstante terapêutica antimicrobiana precoce, medidas de suporte e ventilação assistida.

Propõe-se profilaxia a todas as crianças nascidas de mães infectadas pelo VIH 1 até seroreversão.

## SE UM MAL NUNCA VEM SÓ... HÁ MALES QUE VÊM POR BEM\*

Estrada J, Vale M, Gama I.

Consulta de Desenvolvimento - Hospital de Dona Estefânia

XV Reunião sobre Temas Pediátricos - H. D. de Abrantes. Janeiro 1996

**RESUMO:** Quando se fala de Desenvolvimento Psicomotor (D.P.M.) na criança, os conceitos sobre os limites da normalidade são, por vezes, vagos e mal definidos.

Numa primeira fase o Técnico de Saúde procura globalmente avaliar a situação, enquadrando a criança no respectivo meio sócio-familiar. Atribui, em parte, os desvíos observados a factores desfavoráveis inerentes ao contexto social, sugerindo então intervenção a nível familiar com programação de estimulação e integração da criança.

Quando a evolução não é a esperada, o rótulo de «atraso do desenvolvimento psicomotor» é frequentemente assumido pela negativa, associado a um mau prognóstico e a uma intervenção limitada nos resultados e muitas vezes frustrante do ponto de vista terapêutico.

A noção de plasticidade cerebral da criança e de capacidade de recuperação deverão, no entanto, ser uma constante na abordagem destas situações de «anormalidade». Se devemos ter a capacidade para enfrentar as más evoluções e os insucessos de diagnóstico e terapêutica, deveremos manter igualmente a capacidade para acreditar nas evoluções inesperadamente boas.

Afinal o conceito de «anormalidade» em D.P.M., não é estático e não é uma marca definitiva.

\* Artigo original

## INTERVENÇÃO/INTEGRAÇÃO - A história do Fábio

Teles L, Valc M.

Reunião Geral do Serviço 1 - Hospital de Dona Estefânia, Fevereiro 1996

**RESUMO:** Os autores apresentam o caso de uma criança que aos 12 meses de idade, durante um internamento no HDE por dificuldade respiratória, é referenciada à Consulta de desenvolvimento por atraso de desenvolvimento psicomotor (ADPM) e dismorfia crânio-facial, tendo-lhe sido diagnosticado S. Fetal-Alcoólico.

Da história familiar salienta-se: família numerosa, emigrante, socialmente desinserida (classc V Graffar adaptado) e pais alcóolicos.

A avaliação inicial do desenvolvimento revelou atraso grave DPM, surdez neurossensorial e fenda palatina.

A proposta de intervenção inclui correcção cirúrgica da fenda palatina e colocação de prótese auditiva (o que foi feito aos 2 anos), bem como, programa de intervenção precoce englobando o apoio à família (Programa Portage).

Aos 3 anos de idade a criança frequenta um infantário normal, a família está socialmente recuperada e adaptada às necessidades especiais da criança. A reavaliação do desenvolvimento revelou atraso ligeiro do DPM (particularmente na linguagem expressiva).

Discute-se o papel primordial da família na vida destas crianças, bem como, a necessidade de definir prioridades de intervenção/integração contemplando as prioridades da família, seus recursos e necessidades.

## SURDEZ INFANTIL NA CONSULTA DE DESENVOLVIMENTO

Vale M C.

Consulta de Desenvolvimento do Hospital de Dona Estefânia.

1.<sup>as</sup> Jornadas de ORL Pediátricas. Hospital de Dona Estefânia. Lisboa, Abril 1996.

**RESUMO:** Uma em cada mil crianças, nasce com defice sensorial auditivo grave, que necessita rápido diagnóstico e intervenção terapêutica, quer a nível protésico, quer a nível educacional.

A população infantil considerada de «alto risco», identificada pela existência de história familiar de surdez ou história pessoal de baixo peso, anoxia perinatal, kernicterus, drogas ototóxicas, etc., falham em identificar 50 a 70% das crianças com défice auditivo congénito, que idealmente deverão ser detectadas no período prelingual.

Atendendo ao facto de na Consulta de Desenvolvimento, serem observadas crianças consideradas de alto risco do ponto de vista de surdez congénita ou adquirida, efectuamos revisão referente a 3 anos (1993 - 1995) dos casos seleccionados para estudo da acuidade auditiva.

Do total de 54 crianças seleccionadas na Consulta de Desenvolvimento, no período referido, e enviadas à Consulta de O.R.L., para observação e audiometria, 33 crianças apresentavam atraso de desenvolvimento psicomotor, 9 perturbação da linguagem, 5 pertenciam a grupos de risco, 5 apresentavam insucesso escolar e 2 alteração de comportamento.

De referir presença de alterações comportamentais associadas em 16 crianças (6 défice de atenção, 6 com hiperinésia, 2 com agressividade e uma com mutismo efectivo).

O motivo de envio à Consulta de Desenvolvimento foi o de atraso de linguagem em 16 casos, mas em apenas 9 crianças foram detectadas perturbações da linguagem, tendo sido diagnosticado nas restantes 7 crianças atraso global de desenvolvimento psicomotor.

Das 9 crianças com perturbações da linguagem, 6 apresentavam défice da linguagem expressiva e 3 atraso global de linguagem desinserido do contexto de desenvolvimento psicomotor.

Do grupo estudado, 36 crianças apresentavam patologia do foro O.R.L., predominantemente patologia do ouvido médio (12 disfunção tubária, 11 otite média aguda, 4 obstrução nasal, 4 hipertrofia amigdalina / adenoidite, 4 malformações e 1 apneia obstrutiva do sono).

Foram detectadas hipocusia / surdez em 12 crianças, das quais 9 com hipocusia ligeira, 2 com hipocusia moderada e uma com surdez neurossensorial grave.

Salienta-se articulação existente entre as 2 consultas imprescindível na resolução e seguimento destes casos, lamentando-se a inexistência de um programa de rastreio de surdez a nível dos cuidados primários de saúde, que permita o diagnóstico, em tempo útil (pré-linguagem - 2.<sup>o</sup> semestre de vida) da deficiência auditiva.

Teles I., Flores H, Estrada J, Vale M, Gama L.  
Consulta de Desenvolvimento.  
Reunião Geral do Serviço I.  
Hospital de Dona Estefânia. Novembro 1996

**RESUMO:** Os autores apresentam dois casos clínicos de surdez neurossensorial, de apresentação e gravidade diferentes.

1.º Caso: Criança de 10 anos de idade, sexo feminino, referenciada à consulta por dificuldades de aprendizagem e surdez neurossensorial (40 db para frequências de conversação).

A avaliação efectuada revelou um atraso cognitivo e perturbações da motricidade fina. A TAC-CE mostrou uma atrofia moderada do cerebeo, situação que se admitiu ser responsável pelas dificuldades apresentadas pela criança.

2.º Caso: Criança com 2,5 anos de idade, sexo masculino, referenciada à consulta aos 12 meses por atraso de desenvolvimento psicomotor e suspeita de surdez. O estudo auditivo realizado aos 15 meses foi considerado normal.

Porque a suspeita de surdez se mantinha (salienta-se a insistência dos pais) efectuou potenciais evocados auditivos que revelaram surdez neurossensorial de 30 db.

Este resultado não foi concordante com a avaliação pelo teste de Griffitts (aos 23 meses) que mostrou ausência de compreensão e expressão verbal e um desenvolvimento cognitivo aparentemente adequado à idade.

Assim, e porque é urgente proporcionar à criança uma forma de comunicação, é proposto novo estudo da avaliação que ainda não foi realizado.

Os autores concluem:

- O estudo de uma surdez deve incluir uma avaliação global do desenvolvimento psico motor;
- O diagnóstico de surdez não se deve invalidar se a queixa persiste.

## HIPERTENSÃO NUMA POPULAÇÃO COM REFLUXO VESICO-URETERAL

Cruz C, Seves G, Silva A, Batista J.

Unidade de Nefrologia - Serviço 2 - Hospital de Dona Estefânia

IX Jornadas Pediátricas do Serviço 2 do Hospital de Dona Estefânia. Fevereiro 1996

**RESUMO:** Os doentes com nefropatia de refluxo têm uma anomalia do sistema renina-angiotensina e uma tendência aumentada para hipertensão.

De entre um grupo de antigos doentes da consulta de Nefrologia do Hospital de Dona Estefânia, seleccionaram-se 18 doentes com o diagnóstico de infecção urinária e refluxo vesico-ureteral e uma idade mínima de 15 anos em 1995, com o objectivo de identificar os doentes com HTA e tentar correlacionar os valores da tensão arterial com os da actividade de renina plasmática (ARP).

Estes doentes foram caracterizados sob o ponto de vista clínico, laboratorial e imagiológico e a todos foi solicitada a presença na consulta de Nefrologia para uma avaliação actualizada.

Do grupo de 18 doentes só 16 viriam a completar total ou parcialmente a reavaliação proposta. Verificou-se a existência de HTA em duas doentes, 4 doentes com um DFG < 80 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, um caso de hiperreninémia e 9 doentes com cicatriz renal.

No grupo, só duas doentes tinham HTA, sendo de destacar a extensão da cicatriz renal e a aparente discrepância dos valores de renina encontrados.

Numa doente o diagnóstico de HTA tinha sido feito 12,5 anos antes, na altura do estudo tinha um DFG < 80 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> e os valores ARP tinham evoluído de elevados para normais. Na outra doente o diagnóstico de HTA foi feito durante o estudo e registava valores de DFG e ARP normais.

No grupo de doentes analisado a diversidade dos valores encontrados poderá ser explicada pela deterioração do DFG numa doente, enquanto está conservado noutra.

Uma vez que os valores de actividade da renina só por si não têm valor preditivo na identificação dos doentes em que surgirá HTA, o modo mais seguro de vigiar e detectar precocemente uma HTA será a medição regular e a longo prazo da tensão arterial nos doentes com nefropatia de refluxo.

Quanto à determinação dos valores de actividade de renina plasmática ter-se-á que começar a valorizar as oscilações dos valores, ainda que dentro dos valores de referência, uma vez que podem corresponder já a uma activação do sistema renina-angiotensina.



## AVALIAÇÃO ACTUAL DE UMA POPULAÇÃO DA CONSULTA DE NEFROLOGIA COM INFEÇÃO URINÁRIA NA INFÂNCIA

Cruz C, Seves G, Silva A.

Unidade de Nefrologia - Serviço 2

Reunião do Serviço 2 - Sala de Conferências do Hospital de Dona Estefânia. Março 1996.

**RESUMO:** Os autores apresentam um estudo efectuado a um grupo de antigos doentes admitidos na consulta de nefrologia por infecção urinária alta na infância, com idade igual ou superior a 15 anos e com o objectivo de avaliar: 1 - Recorrência de I. U., após a última consulta e sua repercussão nefrourológica; 2 - Repercussão da doença renal na gravidez e seus descendentes; 3 - Vigilância, atitude e conhecimento da doença renal; 4 - Avaliação clínica, laboratorial e imagiológica actual, a todos os doentes.

Responderam à convocação 38 doentes sendo 27 do sexo feminino e 11 do sexo masculino; 50% tinham história anterior de I.U., associada a refluxo vesico-ureteral e os outros 50% tinham I.U., associada a uropatia. No 1.º grupo foram operados 9 doentes e no 2.º grupo 12. O tempo de permanência em consulta foi em média de 6 - 9 anos; Dos 38 doentes 13 tiveram alta, 6 foram transferidos e houve cerca de 19 abandonos.

Constatou-se que 4 doentes já eram pais de 4 crianças saudáveis sem evidência clínica e imagiológica de doença renal e houve apenas 1 gravidez com pré-eclampsia. A recorrência de I.U., ocorreu em cerca de 32% dos doentes sendo I.U., baixas. A vigilância médica foi efectuada em 74% dos doentes com consultas anuais e cerca de 10% não tiveram qualquer consulta. A medição da tensão arterial (T.A.) só foi feita em 53% dos doentes.

Todos os doentes estavam assintomáticos e com a T.A., normal, excepto 1 doente que estava transplantado por insuficiência renal terminal (I.R.T.) e HTA e 2 estavam com HTA (1 deles detectado no estudo). Objectivamente estavam acima do percentil 50 para o peso e estatura à excepção de 16; a função renal determinada pelo método de Schwartz estava alterada em 3 doentes ( $<75 \text{ ml/min/1,73m}^2$ ). A ecografia (26 efectuadas) estava alterada em 14 doentes e a cintigrafia com DMSA (17 efectuadas) apresentavam cicatrizes renais em 14 doentes, correspondendo a 22 unidades renais (28,9%).

Como comentários finais os autores valorizam a importância do diagnóstico precoce da I.U. na infância, seu estudo, evolução e a necessidade da manutenção de vigilância periódica a longo prazo, com medição da T.A. e avaliação da função renal. No sexo feminino recomendam uma vigilância mais cuidada durante a gravidez.

## AMBULATÓRIO EM NEFROLOGIA PEDIÁTRICA - 1.<sup>as</sup> CONSULTAS DE 1995

Flores H, Pinto M, Cruz C, Teles L, Abranches M, Ferra-Sousa J.

Unidade de Nefrologia.

Reunião do Serviço 2 do Hospital de Dona Estefânia. Novembro 1996

**RESUMO:** Os autores fazem a revisão das 1.<sup>as</sup> consultas de Nefrologia Pediátrica do ano de 1995 e comparam alguns resultados com a estatística de 1994.

Assim, em 1995, efectuaram-se 389 1.<sup>as</sup> consultas (11% do total de consultas), tendo havido um ligeiro predomínio do sexo masculino (51%). Na distribuição por idades verificou-se que as crianças com idades compreendidas entre os 2 meses e os 2 anos (29%) e as crianças com idade superior a 10 anos (26%), constituíram os grupos etários com maior afluência. De salientar, no entanto, o elevado número de recém-nascidos (18%) enviados à consulta.

Os motivos de referência mais frequentes foram: infecção urinária (33%), enurese (19%), uropatia (13%) e diagnóstico pré-natal de malformação nefrourológica (11%).

Analisando mais pormenorizadamente os dois primeiros motivos de consulta, verificou-se que das infecções urinárias, 75% foram confirmadas (64% em 1994), sendo 87% infecções urinárias altas. Em 24% dos casos, estavam associadas a refluxo vesico-ureteral (19% em 1994). As enureses foram predominantemente primárias (87%), e constatou-se a existência de imaturidade vesical em 47% de todas as crianças enuréticas (semelhantes a 1994).

Entre outras reflexões, os autores questionam o facto de, em 1995, haver maior número de infecções urinárias que são confirmadas (+11%). Além desta situação estar de acordo com o maior número de refluxos vesico-ureterais encontrados (+5%), coloca-se a hipótese de existir uma melhor caracterização das infecções urinárias no ambulatório extra-hospitalar.

## DEFICIÊNCIA SELECTIVA DE IgA EM PNEUMOLOGIA

Casimiro A, Novaz C, Carapau J.

Unidade de Pneumologia Infantil do Hospital de Dona Estefânia

IX Jornadas Pediátricas do Serviço 2 do Hospital de Dona Estefânia. Fevereiro 1996.

**RESUMO:** A imunodeficiência selectiva de IgA é a imunodeficiência primária mais comum. Por vezes é transitória, com sintomatologia variada, frequentemente do aparelho respiratório e gastrointestinal.

Foram analisados retrospectivamente os processos clínicos das crianças com défice selectivo de IgA que frequentaram a Consulta de Pneumologia Infantil do HDE desde 1 de Abril de 1981 a 31 de Março de 1995. Os resultados das imunoglobulinas séricas, realizados por nefelometria, foram confrontados com os valores de referência do HDE para as várias faixas etárias. Considerou-se défice total quando os resultados foram inferiores a 5 mg/dl.

Nesta série de 25 crianças, 52% das quais com antecedentes familiares de asma brônquica, 64% são do sexo feminino e todas de raça branca. Em 88% dos casos o início da sintomatologia ocorreu antes dos 2 anos de idade. Apenas 2 crianças tinham somatometria abaixo do percentil 10. A forma de apresentação foi a bronquiolite ou asma em 36% dos casos. Mais frequentemente apresentam como patologia associada a asma (26,5%) e o síndrome do lobo médio (20,6%). A teleradiografia torácica foi normal em 16% das crianças e o padrão reticular foi o mais frequente (36%). A deficiência das subclasses de IgG ocorreu em 21% dos casos, não havendo predomínio de qualquer sub-classe. A terapêutica com imunomoduladores ocorreu em 88% dos casos e a profilaxia com antibióticos em 12%. A evolução clínica foi boa na maioria dos doentes, sendo o défice, transitório em 40% das crianças e constante em 28% delas.

Conclui-se que a prevalência desta patologia na nossa Consulta é de 1,4%. A pneumonia recorrente do lobo médio foi o que, maioritariamente, motivou a investigação imunológica. Os níveis séricos permanentemente indetectáveis da IgA cursam com maior gravidade clínica. A terapêutica antibiótica profilática não reduziu o número de infeções respiratórias / ano. Apesar da terapêutica com imunostimulantes inespecíficos que condicionou melhoria clínica, não houve modificação nos níveis séricos da IgA.

## DEFICIÊNCIA MENTAL - Casística da Consulta de Neurologia do HDE

Moreno T, Calado F, Cabral P, Dias K.

L.<sup>as</sup> Jornadas de Neurologia Pediátrica do Hospital de Dona Estefânia.

Lisboa, Novembro 1996

**RESUMO: OBJECTIVOS** - Conhecer as características das crianças com deficiência mental que recorrem à Consulta de Neurologia do Hospital de Dona Estefânia, forma de abordagem, exames complementares realizados e sua contribuição para o diagnóstico.

**MATERIAL E MÉTODOS** - Os autores realizaram um estudo retrospectivo dos processos clínicos das crianças referenciadas, entre 1989 e 1995, por atraso mental, dificuldades escolares e atraso do desenvolvimento psicomotor, nas quais foi confirmada a existência de deficiência mental.

**RESULTADOS** - Nos 176 casos estudados (72 do sexo feminino e 104 do sexo masculino), não se evidenciaram alterações significativas na gravidez e parto. Na maioria não existiam antecedentes familiares relevantes, excepto 10,8% de consanguinidade. Relativamente à avaliação do grau de atraso mental, foram classificados como ligeiro - 74 doentes (42%), moderado - 63 (35,8%) grave - 23 (13,2%) e 16 crianças apresentavam deficiência mental profunda (9%). À semelhança de outros estudos, apenas em 28,4% dos casos se obteve diagnóstico etiológico, até à data desta revisão. Destes, 32% (16 casos) referem-se a síndromes bem identificadas (ex. S. Rett, S. Williams), 32% (16) correspondem a lesões do SNC pré, peri e pós natais. Em 24% (12) foram confirmadas alterações cromossómicas (S. X-Frágil, S. Angelman e várias cromossomopatias), existindo apenas 5 casos de malformação do SNC evidente e um de causa metabólica. Discute-se a contribuição relativa da história clínica, exame objectivo e exames complementares, para o diagnóstico.

**CONCLUSÃO** - Como outras patologias, a avaliação de uma deficiência mental, baseia-se fundamentalmente numa abordagem clínica racional, mas uma parte dos diagnósticos só será possível com o recurso a exames complementares cada vez mais sofisticados, embora numa grande percentagem destes doentes, seja ainda hoje difícil obter uma explicação para a sua situação.

## IMUNOTERAPIA ESPECÍFICA (IE) PARA PARIETÁRIA - ESTUDO ABERTO EM DOENTES MONOSENSIBILIZADOS COM ASMA BRÔNQUICA E/OU RINITE

Almeida M, Pinto P, Santa-Marta C, Pires G, Prates S, Nogueira J, Rosado-Pinto J.  
XVI Reunião anual da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC).  
Curia, Fevereiro 1996.

**RESUMO:** A parietária (alfavaca de cobra) é uma planta com ampla distribuição na área Mediterrânica. A sensibilização a pólen de parietária 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 locais, quer as sistémicas.

**OBJECTIVOS** - Num estudo aberto, determinar a eficácia e segurança da imunoterapia específica com um extracto alérgénico estandardizado - 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 subcutânea, 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 mediação e registo do DEMI; registo de ocorrência de reacções adversas locais e sistémicas, imediatas e tardias) bem como a monitorização com recurso a métodos «in vitro», efectuados em cada ano, antes e após a estação polínica: testes cutâneos em prick quantitativos (TC), utilizando todos os extractos comercialmente disponíveis; teste de provocação brônquica farmacológico (metacolina); determinação de IgE específica para parietária. 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 brônquica inespecífica anterior à época polínica.

**CONCLUSÕES** - Os resultados preliminares obtidos com o tratamento em estudo, parecem demonstrar segurança e eficácia da imunoterapia específica com alérgóide de parietaria em doentes monossensibilizados, com patologia respiratória.

## ASMA - SENSIBILIZAÇÃO ALERGÉNICA NOS PRIMEIROS ANOS DE VIDA Casuística da Consulta de Imunoalergologia do HDE

Câmara R, Prates S, Gaspar A, Rosa E, Almeida M, Nogueira J, Rosado-Pinto J.  
Serviço de Imunoalergologia - Hospital de Dona Estefânia  
XVI Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica.  
Curia, Fevereiro 1996.

**RESUMO:** Pretende-se com este trabalho avaliar a utilidade dos testes cutâneos em prick (TC) como método de diagnóstico da sensibilização alérgica, em crianças com idade inferior a 7 anos. Assim analisamos a existência de positividade nos TC e sua correlação com o diagnóstico de asma brônquica (AB) em doentes observados, pela primeira vez, na consulta externa de Imunoalergologia do HDE em 1993. Dos 580 doentes observados com idade <7 anos, seleccionamos os doentes com AB (352). O ratio sexo M/F é de 1,6. Dividiram-se os doentes em 2 grupos etários: A - idade < 3 anos (n=135 - 38,3%); B - 3 anos ≤ idade <7 anos (n=217-61,6%). Quanto aos TC a distribuição foi a seguinte: A-TC positivos = 28,4%; B-TC positivos = 56,3%. Nos indivíduos com TC positivos verificou-se que os alérgenos com maior frequência de positividade foram os ácaros domésticos (A-93,1%; B-97,4%).

**CONCLUÕES** A prevalência de atopia, identificada pela positividade dos TC, em crianças asmáticas nos primeiros 3 anos de vida, embora inferior à do outro grupo etário estudado, é significativa. Em ambos os grupos etários os ácaros domésticos foram os alérgenos mais comuns nas crianças atópicas.

## UTILIDADE DO TESTE DE DESPISTAGEM DA ALERGIA (AOS PNEUMOALERGENOS) NOS DOENTES PEDIÁTRICOS DE UMA CONSULTA DE ORL. O PHADIATOP®

Mata P, Gaspar A, Loureiro V, Farinha R, Moreira B, Ferreira C, Rosado-Pinto J.

Serviço de Imunoalergologia - Hospital de Dona Estefânia

Serviço de ORL do Hospital de Dona Estefânia.

XVI Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica.

Curia, Fevereiro 1996.

**RESUMO:** O Phadiatop® (Pharmacia) determina a presença no soro de IgE específicas dirigidas contra uma série dos alérgenos mais frequentes, que permite concluir com alguma certeza, a presença de uma alergia aos alérgenos inalados (pneumoalérgenos). Define a existência de um terreno atópico, que se pode expressar por uma alergia respiratória, cutânea ou ocular. Desconhece contudo as alergias alimentares, que permanecem uma causa importante de doença alérgica neste grupo etário.

Na consulta de ORL pediátrica do HDE, realizámos um protocolo alergológico (que incluía uma bateria de testes cutâneos (TC) composta de: ácaros domésticos, ácaros de «stockage», gramíneas, herbáceas, misturas de árvores, faneras animais, baratas, fungos e alimentos) a todos os doentes com idade  $\geq 2$  anos, em primeira consulta, durante a primeira semana de cada mês em 12 meses consecutivos, no ano de 1994.

No total de 198 doentes (100 M e 98 F) a média de idades era de 6 anos e 8 meses (idêntica para ambos os sexos). Phadiatop® era positivo em 77 casos (38,9%), revelando a presença de IgE específicas em relação aos pneumoalérgenos mais comuns. A positividade do Phadiatop® é maior nos doentes que frequentaram esta consulta nos meses de Abril a Setembro: 49,4% (44 / 89 casos) no 2.º e 3.º trimestre; 30,3% (33 / 109 casos) no 1.º e 4.º trimestre (Outubro a Março).

O Phadiatop®, mesmo na criança, é um teste de elevada sensibilidade (S), óptimo valor preditivo negativo (VPN) e boa especificidade (E): Quando definimos indivíduos alérgicos pelo inquérito alergológico (asma, rinite alérgica, conjuntivite e eczema atópico) - 66 casos - o Phadiatop® era positivo em 63 [S = 95,4%, VPN = 97,5% e E = 89,4%]. Nos indivíduos com TC positivos (63 casos), o Phadiatop® era negativo em 7 casos (11,1%): 1 («Der p I» e «Der f I»), 2 (um ácaro de «stockage»), 1 («Bla g I»), 1 («Bla g I» e «Fel d I»), 1 (mistura de árvores), 1 (cão). Nos indivíduos com patologia alergológica e TC positivos (54 casos), o Phadiatop® era positivo em 53 [S = 98,1%, VPN = 99,1% e E = 91,1%].

**EM CONCLUSÃO** - Um teste de despistagem Phadiatop® negativo não permite excluir em absoluto a existência de uma alergia a pneumoalérgenos. No entanto, este exame representa um meio complementar de diagnóstico, que proporciona ao clínico uma melhor selecção nos doentes, nomeadamente nos doentes pediátricos enviados a uma consulta de ORL, com especial incidência nos meses de Abril a Setembro.

**AGRADECIMENTOS** - Pelo apoio financeiro - Pharmacia e Asta Médica. Pela imprescindível colaboração - Enf. Silvina Marques, Enf. Adosinda Antunes, Téc. de análises Manuela Cachulo e Amparo Barros.

## FORÇA DOS MÚSCULOS INSPIRATÓRIOS E HIPERINSUFLAÇÃO PULMONAR NA CRIANÇA ASMÁTICA

Pires G, Gamboa T, Neuparth N, Rosado-Pinto J.

Serviço de Imunoalergologia Hospital de Dona Estefânia

Fisiopatologia, Faculdade de Ciências Médicas (UNI.)

XVI Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica.

Curia, Fevereiro 1996.

**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 o 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 a 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  $147,4 \pm 13$ ,  $169,4 \pm 36$  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 -  $105,3 \pm 13$ ,  $p < 0,0001$ ; RV -  $108,2 \pm 16$ ,  $p < 0,0001$ ; TLC -  $108,8 \pm 11\%$ ,  $p = 0,05$ ). Os valores médios de pressão inspiratória máxima, foram de  $82,7 \pm 24$  cm de H<sub>2</sub>O nos doentes insuflados e de  $81,4 \pm 19$  cm de H<sub>2</sub>O nos não insuflados. A média da pressão expiratória máxima, foi de  $74,4 \pm 30$  cm de H<sub>2</sub>O nas crianças insufladas e de  $79,1 \pm 21$  cm de H<sub>2</sub>O nas não insufladas. Não se encontrou correlação entre o TGV e a P<sub>Imax</sub> nos doentes insuflados ( $r = 0,47$ ,  $p = 0,08$ ) nem nos não insuflados ( $r = 0,25$ ,  $p = 0,37$ ).

As pressões máxima inspiratória não foram significativamente diferentes entre os dois grupos. 2) Não foi possível observar uma correlação positiva entre os níveis de P<sub>Imax</sub> 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

Pires G, Prates S, Neuparth N, Rosado Pinto J.

Serviço de Imunoalergologia - Hospital de Dona Estefânia

XVI Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica.

Curia, Fevereiro 1996

**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 Imunoalergologia do Hospital de Dona Estefânia em 1994.

**MATERIAL E MÉTODOS** - Da população de asmáticos com idade  $\geq 6$  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 (TVG  $\geq 130\%$ ) 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. Analisando os dados espirométricos obtidos simultaneamente à realização das 92 pletismografias, encontramos hiperinsuflação pulmonar em 37.5% dos asmáticos com espirometrias normais e 28.1% dos que apresentavam apenas obstrução das pequenas vias aéreas.

**CONCLUSÃO** - 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.

**CORRELAÇÃO DOS RESULTADOS QUANTITATIVOS OBTIDOS  
COM OS TESTES CUTÂNEOS EM PRICK E DETERMINAÇÕES DE IgE  
ESPECÍFICA (CAP SYSTEM) PARA D. PTERONYSSINUS (DPT)**

Nogueira A, Pinto P, Santa-Marta C, Pires G, Almeida M, Rosado-Pinto J.

Serviço de Imunoalergologia - Hospital de Dona Estefânia

XVI Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica.

Curia, Fevereiro 1996

**RESUMO:** INTRODUÇÃO - A estandardização 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 estandardizado, 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 (mm<sup>2</sup>), com um cut-off  $\pm$  de 7 mm<sup>2</sup>. O método é preciso e reproductível 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, pretendeu-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 (Me) 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 Me e St. Quando se correlacionaram os resultados (em  $\pm$  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.

## NASAL EOSINOPHIL CATIONIC PROTEIN AND URINARY PROTEIN X AS MARKERS OF ASTHMA.

Neuparth N, Gamboa T, Silva I, Carvalho H, Trindade H, Rosado-Pinto J, Rendas A.

Serviço de Imunoalergologia - Hospital de Dona Estefânia

52 Annual Meeting - American Academy of Allergy Asthma & Immunology. New Orleans, Março 1996

**RESUMO:** Eosinophil toxic proteins are responsible by the epithelial shedding typical os asthma. This has been shown in several studies using invasive tools as bronchoscopy and biopsies. Researchers all over the world are looking for non-invasive markers of bronchial inflammation. In order to obtain a marker of eosinophilic inflammation in a non-invasive way, we measured eosinophilic cationic protein (ECP) in the nasal lavage of a group of asthmatic children and in a control group. Eosinophilic Protein X was also measured in a sample of urine in both groups. The patients were selected from Hospital Dona Estefânia Allergy Clinic to be involved in a study of the mechanisms of lung hyperinflation in childhood asthma. Twenty one asthmatic children (7 to 18 years old) with a thoracic gas volume  $\geq 130\%$  predicted were asked to participate. Twenty healthy children of the same age group were also studied. A sample of 1 ml of nasal fluid was collected after instillation of a constant volume of saline (4 ml) and ECP was measured by CAP System fluorimmunoassay (Kabi Pharmacia Diagnostics AB, Upsalla, Sweden) in 19 asthmatic and in 16 controls. Mean values for ECP concentration in the nasal lavage were significantly higher in asthmatics ( $266.9 \pm 364.8 \mu\text{g./l.}$ ) when compared with the control group ( $25.0 \pm 35.0 \mu\text{g./l.}$ ) through a Wilcoxon sign rank test ( $p=0.01$ ); mean values of EPX concentration in urine were  $713.7 \pm 398.6 \mu\text{g./l.}$  in asthmatics and  $524.3 \pm 408.7 \mu\text{g./l.}$  in the control group ( $p=0.05$ ). We have so concluded that nasal ECP and/or urinary EPX can be used to identify bronchial inflammation in asthma.

**TOTAL IgE DETERMINATIONS:  
Comparison of results obtained by Immulite and CAP System**

Nogueira J, Loureiro V, Almeida M, Rosado-Pinto J.  
Serviço de Imunoalergologia - Hospital de Dona Estefânia  
52 Annual Meeting - American Academy of Allergy Asthma & Immunology.  
New Orleans, Março 1996.

**RESUMO:** Determination of total IgE in daily practice, is one of first «in vitro» steps to support the diagnosis of Atopy.

Previously the authors showed that the results of total IgE obtained by IRMA (Tecam 8000) and Immulite were of  $r=0,974$  until 300 I.U, and  $r=0,87$  for values between 300 and 600 I.U.

Immulite total IgE is a solid phase, two site chemiluminescent enzyme immunometric assay. The solid phase is a polystyrene bead coated with polyclonal antibody specific for IgE. CAP System consist of a solid phase encased in a capsule. The solid phase is a flexible hydrophilic carrier polymer (CNBr-activated cellulose derivate).

The aim of the study was to compare the results obtained by Immulite using 68 serum samples with doscable IgE, with a wide range of values. The results show that the correlation between the two tests is  $r=0,92162$ .

Conclusions: The results show that there is a highly correlation between the two tests, validating the use of Immulite for total IgE determinations until the limit of 600 I.U.

Studies must be done to determine accuracy for values higher than 600 I.U., where dilutions must be made, comparing the results with other already established methods.

## PEACH ALLERGY WITH NO POLLEN SENSITIZATION IN CHILDREN

Almeida M, Santa-Marta C, Prates S, Nogueira J, Rosado Pinto J.  
Serviço de Imunoalergologia - Hospital de Dona Estefânia  
52 Annual Meeting - American Academy of Allergy Asthma & Immunology.  
New Orleans, Março 1996.

**RESUMO:** Fruits are a heterogeneous group of foods responsible for allergic reactions, ranged from mild to severe symptoms. In most cases, fruit allergy is related with sensitization to pollen and other food allergens. In northern and central Europe it was found a significant correlation between fruit allergy and pollinosis (namely birch-pollen allergy). In south Europe, crossreactivity with grass, plantago and artemisia was found. The authors present 5 cases of children, aged between 5 and 13 years, 2 males and 3 females, without familial history of atopy, consecutively referred to our Unit (1994) with the following history of immediate allergic reactions to peach: anaphylatic shock (2), urticaria / angioedema (2) and oral allergy syndrome (1). These complaints were only related to peach ingestion. Skin prick tests (SPT) were performed with commercial extracts (negative or weak results) and with peach flesh and skin - all patients had positive results with the fresh fruit (wheal areas > 20 mm<sup>2</sup>). The SPT were negative to other fruits and pollens. A control population of 10 healthy children were tested with fresh peach - 100% negative results. Three patients show elevated levels of peach specific IgE antibodies. In two children, who accept to performe open food challenge, it was positive. We conclude that clinical history and SPT of children studied, fail so show any correlation between peach sensitization and any other inhalant or fruit. We didn't find significant differencies of potency of extracts prepared from peach skin or flesh, that could be related to different allergenic activity. Our results indicate that in children, peach allergy could be responsible for severe allergic syndromes and occur without predisposing factors.

## INHALED STEROIDS REVERSE LUNG HYPERINFLATION IN ASTHMATIC CHILDREN

Neuparth N, Gamboa T, Rosado-Pinto J.  
Serviço de Imunoalergologia - Hospital de Dona Estefânia  
Annual ATS Meeting, New Orleans, May 1996.

**RESUMO:** The present study was designed to test the hypothesis that airways inflammation is associated with lung hyperinflation in asthmatic children. We wanted to prove that treatment with budesonide (Pulmicort Turbuhaler®) in therapeutic doses reduces significantly lung volumes (Thoracic Gas Volume - TGV and Residual Volume - RV). Twelve asthmatic children (mean age -  $11.2 \pm 3.3$  years) with lung hyperinflation ( $TGV > 130\%$  predicted and/or  $RV \geq 140\%$  predicted) were studied after obtaining written informed consent from the tutors. Budesonide ( $800\mu\text{g}$  bid, for two months) was administered after randomization of the patients, in a placebo controlled trial (double blind, with cross over). The study had a total duration of 4 months and was approved by the hospital ethical committee. Body plethysmography (panting frequency controlled at  $1\text{? sec}^{-1}$ ) was performed at the beginning, 2 months after the beginning (before cross-over) and at the end of the study. A significant reduction of the mean TGV after budesonide ( $2.35 \pm 0.90\%$  or  $126 \pm 24\%$  predicted) was observed when compared with the mean TGV after placebo ( $2.5 \pm 1.08\%$ ,  $p=0.014$  or  $140 \pm 21\%$  predicted,  $p=0.05$ ) through a cross-over analysis. It was possible to observe a reduction, although not significant, in mean RV after budesonide ( $170 \pm 53\%$  predicted to  $144 \pm 21\%$  predicted, NS). Specific Conductance (sGaw) after budesonide ( $0.06 \pm 0.02\text{ cm H}_2\text{O}^{-1}\text{?}^{-1}$ ) was significantly higher than sGaw after placebo ( $0.07 \pm 0.01\text{ cm H}_2\text{O}^{-1}\text{?}^{-1}$ ),  $p=0.05$ ). We concluded that: 1) there is a relationship between airways inflammation and lung hyperinflation in asthmatic children, and 2) the reduction of TGV can be explained both by bronchial dilatation and probably by a reduction in lung elastic recoil.

## RECURRENT SECRETORY OTITIS MEDIA (RSOM), ATOPY, BREAST FEEDING AND ADENOIDS HYPERTROPHY

Mata P, Gaspar A, Loureiro V, Martins I, Barruco C, Moreira B, Freitas R, Ferreira C, Rosado-Pinto J. Departments of Imunoalergologia, Otorrinolaringologia and Radiologia from Hospital de Dona Estefânia, Lisboa, Portugal

European Society of Pediatric Allergy and Clinical Immunology and European Respiratory Society Paediatric Assembly; Dinamarca. Odense Maio 1996.

**RESUMO:** Serous otitis media is a chronic inflammatory disease of the mucoperistial lining of the eustachian tube, middle ear and mastoid air cells. It is the most common cause of acquired irreversible hearing loss in children. The possible mechanisms involved in the recurrent secretory otitis media (RSOM) have not been completely established. The purpose of this study was to evaluate one paediatric population with RSOM.

The otology parameters monitored during the study were: the tympanometry as a major criterion; audiometry, colour and position of the tympanic membrane, and air fluid/air bubbles as minor criteria.

We studied the relationship between the RSOM and: atopy (Phadiatop®), food allergy (F<sub>x</sub>5E®), breast feeding (questionnaire), and adenoids hypertrophy (x-ray).

A total of 198 unselected patients were studied (age range: 2,3 years to 14 years; mean 6,8 years), from the ORI, paediatric consultations of Hospital Dona Estefânia, in the first week of each month during 12 consecutive months; the diagnosis of RSOM was 21.7% (43 cases).

RSOM	Ph (+)	%	Ph (-)	%
RSOM(+)	14	32.6	29	67.4
RSOM(-)	63	40.6	92	59.4

RSOM	F <sub>x</sub> 5E(+)	%	F <sub>x</sub> 5E(-)	%
RSOM(+)	11	25.6	32	74.4
RSOM(-)	30	19.4	125	80.6

RSOM	BF (-)	%	BF ≥ 3 M	%
RSOM(+)	18	41.9	14	32.6
RSOM(-)	21	13.5	51	32.9

RSOM	x-ray (+)	%	x-ray N	%
RSOM(+)	22	56.4	17	43.6
RSOM(-)	41	30.1	95	69.9

**Conclusions:** When we compared both populations with and without RSOM, we did not find any statistically significant difference in the prevalence of allergy against indoor allergens (Phadiatop®) or food allergy (F<sub>x</sub>5E®). Breast feeding seems to be an element of protection against RSOM ( $p < 0,025$ ). We also found a correlation between adenoids hypertrophy and the RSOM ( $p < 0,001$ ).

**Acknowledgement:** For financial support - Pharmacia and Asta Médica. For indispensable collaboration - Enf. Silvina Marques, Enf. Adosinda Antunes, Téc. de análises Manuela Cachulo e Amparo Barros.

## PREVALENCE OF ATOPY IN CHILDREN FROM THE MACARONESIAN ISLANDS

Almeida M, Neuparth N, Câmara R, Tavares C, Lopes D, Borges I, Rosado-Pinto J.

Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia

Imunoalergologia, Centro Hospitalar do Funchal, Madeira, Portugal

Hospital Dr. Agostinho Neto, Praia, Cabo Verde. Hospital Batista de Sousa, Mindelo, Cabo Verde

European Society of Pediatric Allergy and Clinical Immunology and European Respiratory Society Paediatric Assembly; Dinamarca. Odense. Maio 1996.

**RESUMO:** The aim this study was to estimate the prevalence of atopy in children with different races from two archipelagos of the Macaronesian Islands (Madeira Portugal, and Sal / S. Vicente, Cape Verde Republic), located in the Atlantic Ocean, with subtropical climate and near the same range of house mite concentrations (data previously obtained by the authors). It was selected 2 randomly samples of schoolchildren, aged between 6 to 10 years, who were studied with the same methodology, including a standardized questionnaire and a battery of skin prick tests (SPT) to mites, cockroach, cat, dog, moulds and pollens. In Madeira (Caucasian population), 1061 children were included, of a total population for this age group of about 18000; in Cape Verde (Black population), 850 children were studied, of a total population of about 10000. The prevalence of atopy (defined by at least one SPT wheal area of  $> 7\text{mm}^2$ ) was 54% (52-56%, 95% CI) in Madeira and 11% (9-13%, 95% CI) in Cape Verde islands. In the asthmatic children identified by the questionnaire, the prevalence of atopy was 74% in Madeira and 30% in Cape Verde (most of them were sensitized to mites). We conclude that the significant difference in atopic prevalence must be related with genetic factors, probably modulated by other environmental and trigger factors.



## PREDICTIVE VALUE OF TOTAL IgE IN A NON CAUCASIAN POPULATION - CAPE VERDE (AFRICA)

Pinto P, Almeida M, Nogueira J, Rosado-Pinto J.

Imunoalergologia, Hospital Dona Estefânia

Reunião Conjunta da Sociedade Europeia de Alergologia e Imunologia Clínica Pediátrica e da Secção Pediátrica da Sociedade Europeia Respiratória. Dinamarca. Odense, Maio 1996.

**RESUMO:** On the basis of previous data obtained by the authors, the levels of total IgE in this non caucasian population were increased and the cut off for screening tests for atopy was different of those obtained for caucasian populations (Allergy 1993; 16: 116). The aim of this study was to evaluate, in a non caucasian pediatric population, the correlation of total IgE levels with respiratory allergic diseases and with atopic status (based on a good correlation between clinical history and the results of skin prick tests). We studied 103 patients, 30 atopic and 63 non atopic, 42 males and 61 females, with ages of 10 months to 15 years (mean  $6.4 \text{ y} \pm 3.6$ ), living in Cape Verde islands, selected from 2 Allergy Centers. 58 with asthma (A), 15 with rhinitis (R) and 30 with A+R. The mean IgE was of 526.5IU. Mean age  $\pm$  SD in A group:  $5.5 \pm 3.2$ ; A+R group:  $7.5 \pm 3.6$ ; R group:  $7.4 \pm 3.9$ ; without statistically significant differences.

Total IgE results (mean  $\pm$  SD): A group:  $555.4 \pm 378.5$ ; A+R group:  $566.2 \pm 392.9$ ; R group:  $335.7 \pm 454.0$ .

Within the same diagnosis there were no systematic statistical significant differences related to age or atopic status. In spite of the high levels of total IgE in the studied population, asthma showed statistical significant higher values, independently of atopic status and age.

## PREVALÊNCIA DA ASMA BRÔNQUICA E DA ATOPIA EM CRIANÇAS DA ILHA DA MADEIRA

Almeida M, Câmara R, Ornelas P, Marques A, Neuparth N, Borges F, Rosado-Pinto J.  
Serviço de Imunoalergologia - Hospital de Dona Estefânia  
Unidade de Imunoalergologia, Centro Hospitalar do Funchal, Madeira  
I Congresso Português de Epidemiologia. Porto, Outubro 1996.  
European Respiratory Society - annual congress. Suécia. Estocolmo, Setembro 1996.

**RESUMO:** Determinar a prevalência da atopia, da asma brônquica (AB) e outras doenças alérgicas em crianças do ensino básico da Ilha da Madeira.

**Métodos:** Foi randomizada, a partir das listas nominais de alunos da totalidade das escolas da Ilha, uma amostra de 1300 crianças, com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos (população total deste grupo etário - 18 000), frequentando o ensino básico. Em 1995, incluíram-se 1061 crianças a quem foi possível aplicar os 2 métodos de estudos propostos: 1. Questionário estandardizado (baseado nos questionários para estudo de patologia respiratória em crianças, da Comunidade Europeia e da American Thoracic Society); 2. Bateria de testes cutâneos (TC) em picada (prick), utilizando-se 20 aeroalergenos comuns - ácaros domésticos e de armazenamento, baratas, cão, gato, fungos e pólenes.

**Resultados:** A prevalência de atopia, definida pela existência de pelo menos um TC positivo (área superior a 7 mm<sup>2</sup>), foi de 54% (52-56%, IC95%). Os alérgenos mais frequentemente implicados foram: ácaros do pó doméstico (26% a 32%); ácaros de armazenamento (17 a 20%); baratas (10 a 15%); pólenes (11 a 14%); fungos (11%); cão (9%) e gato (5%). 21% das crianças estudadas apresentavam 1 ou 2 TC positivos, 20% apresentavam 3 a 5 e 13% mais do que 5 positivities. A prevalência de AB actual (definida pela existência de sintomas no último ano) foi de 15%, sendo 74% atópicos, 56% referiam história de rinite alérgica e 21% de eczema atópico. Das crianças com AB, cerca de 85% encontravam-se sensibilizadas a ácaros do pó doméstico, 50% a ácaros de armazenamento, 50% a alérgenos de barata, 40% a pólenes, 30% a fungos, 20 e 10% a faneras de cão e de gato respectivamente. Apenas em 58% dos casos tinha sido já colocado o diagnóstico da AB e só 38% tinham efectuado qualquer tipo de medicação preventiva.

**Conclusões:** 1. A elevada percentagem de atópicos estará directamente relacionada com a significativa prevalência de AB nesta população. 2. Os nossos resultados suportam o bem conhecido problema de sub-diagnóstico e sub-tratamento da AB na criança. 3. Factores ligados à genética, ao ambiente e ao próprio estilo de vida estarão envolvidos como justificativos das elevadas prevalências de patologias atópicas encontradas, contrastantes com os resultados obtidos em estudo semelhante efectuado numa população não caucasiana da República de Cabo Verde.

## REACÇÕES ADVERSAS AO PARACETAMOL, A.A.S. E A.I.N.E. NA CRIANÇA. QUE ALTERNATIVAS?

Gaspar A, Carvalho F, Nogueira J, Almeida M, Rosado-Pinto J.

Serviço de Imunoalergologia - Hospital de Dona Estefânia

Reunião Clínica do Hospital de Dona Estefânia. Novembro 1996.

XVII Reunião da Sociedade Portuguesa de Imunoalergologia e Imunologia Clínica. Aveiro. Novembro 1996.

American College of Allergy Asthma & Immunology. Boston. November 1996.

**RESUMO:** O A.A.S. e outros A.I.N.E., são responsáveis por um grande número de reacções adversas, estando-se a verificar um aumento na sua prevalência. Estas reacções estão bem estudadas em adultos, havendo poucos estudos em populações pediátricas. A associação de reacções adversas ao paracetamol e ao A.A.S. é muito frequente e levanta problemas relativamente a alternativas de tratamento neste grupo etário.

O nimesulide é um novo A.I.N.E., com um modo de acção particular, existindo estudos com provas de provocação oral mostrando uma boa tolerância em doentes com reacções adversas ao A.A.S./A.I.N.E.. O objectivo deste estudo foi identificar alternativas terapêuticas numa criança do sexo masculino de 7 anos de idade, com reacção adversa aos medicamentos citados. O doente não apresentava história de atopia e iniciou o quadro clínico aos 6 anos de idade, com um episódio grave de urticária e angioedema da face, 2 horas após 500 mg de paracetamol por via rectal, com 2 tomas prévias de 500 mg (total 1500 mg). Houve um 2.º episódio, 4 meses depois com a mesma dose cumulativa. Em Abril de 1996, com 7 anos de idade ocorreu um 3.º episódio 3 horas após 180 mg de A.A.S.. O doente foi submetido a provas de provocação oral com paracetamol, com aumento progressivo - cada hora (mesma metodologia para A.A.S./A.I.N.E.) - 10, 20, 40, 80% da dose máxima diária.- A prova foi positiva 10 min., após uma dose cumulativa de 2040mg. A provocação oral com nimesulide foi negativa com uma dose de 70% (119mg). Estes resultados mostram que o nimesulide foi tolerado num doente com reacção adversa ao paracetamol e A.A.S./A.I.N.E..

**CONCLUSÃO** - As reacções adversas a fármacos, combinados, não são muito frequentes, principalmente em crianças, levantando-se o problema de tratamentos alternativos. O nimesulide pode ser considerado como alternativa em situações de reacção adversa ao paracetamol ou A.A.S./A.I.N.E.. São necessários mais estudos neste grupo etário pediátrico.

## ALERGIA AO LATEX NA CRIANÇA - Caso clínico

Pires G, Almeida M, Gaspar A, Nogueira J, Rosado-Pinto J.  
Serviço de Imunoalergologia - Hospital de Dona Estefânia  
Reunião Clínica do Hospital de D. Estefânia. Lisboa, Outubro 1996.

**RESUMO:** O Latex é um produto da árvore da borracha (*Hevea Brasiliensis*), que após um longo processo de manufactura, entra na constituição de múltiplos produtos, nomeadamente material médico. Nos últimos anos, têm aumentado o número de referências a reacções alérgicas do tipo I, relacionadas com a exposição a produtos com latex, que vão desde situações de urticária localizada a choque anafiláctico. A prevalência de sensibilização ao latex na população geral estima-se ser inferior a 1%, enquanto que em grupos seleccionados será mais elevada, nomeadamente profissionais de saúde e crianças com patologia malformativa, como anomalias urológicas ou neurológicas congénitas, sujeitas a múltiplas intervenções cirúrgicas e cateterismos.

Apresenta-se o caso clínico de uma criança do sexo masculino, 10 anos de idade, sem antecedentes familiares de atopia e com antecedentes pessoais de gravidez gemelar, prematuridade (parto eutócico às 28 semanas) e ventilação mecânica no período neonatal. Salienta-se ainda a existência de hipospádias e hidrocele, condicionando a realização de várias intervenções cirúrgicas. Desde o 2.º ano de vida, apresentava episódios de urticária e angioedema, quando contactava com objectos de borracha (bolas, balões e luvas). Aos 3 anos foi submetido a intervenção cirúrgica para correcção do hidrocele, tendo esta sido interrompida por aparecimento de reacção urticariforme generalizada, que foi relacionada com aplicação de garrote. Aos 5 anos, foi planeada a segunda cirurgia com a mesma finalidade, tendo ocorrido cerca de 30 minutos após a indução anestésica, quadro de urticária generalizada, angioedema, broncospasmo, cianose, hipotensão e bradicardia, interpretado como choque anafiláctico, provavelmente relacionado com alergia ao latex, justificando internamento na UCIP do Hospital de D. Estefânia.

Na sequência deste episódio a criança foi referenciada ao Serviço de Imunoalergologia do Hospital de D. Estefânia. Foram efectuados vários exames complementares de diagnóstico: testes cutâneos que se revelaram positivos com o latex (área 50.2 mm<sup>2</sup>); anticorpos da classe IgE para o latex - classe IV (26.6 PRU); IgE total de 374 UI/ml; hemograma, electroforese das proteínas, C3, C4, CH100 dentro dos parâmetros laboratoriais normais; exame parasitológico das fezes negativo. Confirmou-se o diagnóstico de alergia ao latex. Foram consideradas as medidas de evicção, quer nas actividades diárias da criança, quer no decurso de tratamentos médicos ou cirúrgicos. Foi prescrito kit para auto-administração de adrenalina, no caso das queixas se iniciarem fora do ambiente hospitalar, não obviando o recurso imediato a um serviço de urgência.

**ISAAC - «INTERNATIONAL STUDY OF ASTHMA AND ALLERGIES IN CHILDHOOD» - Na Ilha da Madeira**

Câmara R, Romeira J, Marques A, Correia M, Borges F, Rosado-Pinto J.

Unidade de Imunoalergologia do Centro Hospitalar do Funchal (CHF). DEPS - Departamento de Estudos e Planeamento de Saúde, Coordenação Nacional do ISAAC.

Serviço de Imunoalergologia - Hospital de Dona Estefânia

I Congresso Português de Epidemiologia. Porto, 1996

**RESUMO:** OBJECTIVO - Determinação da prevalência da asma brônquica e doenças alérgicas em crianças da ilha da Madeira no âmbito do estudo internacional - ISAAC (Coordenador Regional: Dr. Fernando Drummond Borges). MÉTODOS - No ISAAC, através da aplicação do mesmo inquérito a populações de todo o mundo, tentam-se uniformizar os métodos de determinação da prevalência destas patologias. Seleccionaram-se crianças a frequentar o 1.º e 2.º ciclo do ensino básico, de zonas urbanas e suburbanas da Madeira, que na altura da aplicação do inquérito se encontravam nos grupos etários dos 6-7 anos e 13-14 anos. O inquérito, fornecido pelo ISAAC International Data Center, traduzido para Português sob a orientação do Coordenador Nacional, foi aplicado entre Março e Maio de 1995. No grupo etário dos 6-7 anos, este inquérito foi respondido pelos pais das crianças (perfazendo 1800 inquiridos), com uma adesão ao estudo de 76%. No outro grupo, a resposta ao inquérito foi dada pelas crianças (perfazendo 3 542 inquiridos), com uma adesão ao estudo de 96,8%. Neste grupo, aplicou-se ainda um questionário-vídeo, onde se exemplificavam manifestações clínicas, presentes na exacerbação da asma brônquica. Aos dois grupos etários, foi ainda aplicado um inquérito sobre tabagismo activo e passivo, elaborado pela Unidade do CHF. A análise dos resultados, foi feita no DEPS sob a orientação da Dr.ª Manuela Correia utilizando o programa de informática Dbase IV. RESULTADOS - Dos resultados obtidos, há a salientar:

**Inquérito do ISAAC**

Prevalência / Gr Etários	6 - 7 anos	13-14 anos
Prev. Cumul. Pieira	33,4%	19,3%
Prev. Actual Pieira	14,7%	10,6%
Prev. Cumul. Asma	17,5%	13,0%
Prev. Cumul. Sint. Nasais	24,0%	29,8%
Prev. Actual Sint. Nasais	20,7%	21,1%
Prev. Cumul. Febre Fenos	15,9%	8,9%

**Inquérito sobre Tabagismo**

Prevalência / Gr Etários	6 - 7 anos	13-14 anos
Prev. Cumul. Tab. Passivo	15,2%	-----
Prev. Actual. Tab. Passivo	9,7%	57,2%
Prev. Cumul. Tab. Passivo	-----	22,5%
Prev. Cumul. Tab. Activo	-----	3,4%

**Inquérito - Vídeo (13 - 14 anos)**

Prevalência / Sintomas	Pieira	Pieira com esforço	Pieira Nocturna
Cumulativa	12%	25%	7,1%
Actual	5,3%	12,2%	2,5%

**CONCLUSÕES** - 1 - A significativa prevalência da asma brônquica e das outras doenças alérgicas, no grupo etário dos 6-7 anos, é semelhante à encontrada noutro estudo realizado nesta região. 2 - A diferença encontrada, na prevalência cumulativa da asma brônquica nos dois grupos, poderá verificar-se devido ao facto das crianças com 13-14 anos, desconhecerem a existência ou não, de sintomatologia brônquica na infância. Quanto aos sintomas nasais, realçam-se as elevadas prevalências de queixas actuais, mesmo no grupo etário mais jovem. 3 - A correlação entre a prevalência de pieira obtida nos dois inquéritos (pré e pós vídeo), só é significativa quando nos referimos a esta sintomatologia associada ao esforço físico. 4 - Existem diferenças grandes, em relação à prevalência de tabagismo passivo, nos dois grupos etários. Poderá existir uma omissão deliberada dos pais, em relação a este facto. 5 - Este tipo de patologia, condicionada geneticamente, em que factores ambientais específicos proporcionam o aparecimento de sintomatologia, parece ter encontrado nesta região um conjunto de circunstâncias ideais que condicionam a sua elevada prevalência.

## EPIDEMIOLOGIA DAS DOENÇAS ALÉRGICAS NA CRIANÇA EM CABO VERDE

Almeida M, Neuparth N, Santa-Marta C, Pires G, Lopes V, Tavares C, Rosado-Pinto J.  
Serviço de Imunoalergologia - Hospital de Dona Estefânia - Lisboa - Portugal  
Hospital Baptista de Sousa, Mindelo - Cabo Verde.  
Hospital Dr. Agostinho Neto, Praia, Cabo Verde  
I Congresso Português de Epidemiologia. Porto. Outubro 1996.

**RESUMO:OBJECTIVOS** - No âmbito da Cooperação entre os Ministérios da Saúde de Portugal e de Cabo Verde iniciada em 1989, na área da Imunoalergologia e integrado em projecto epidemiológico iniciado em 1993, pretendeu-se: 1 - Determinar a prevalência de atopia, asma brônquica (AB) e outras doenças alérgicas em crianças do ensino básico das Ilhas do Sal e S. Vicente em Cabo Verde. 2 - Determinar as concentrações de antígenos de ácaros de habitações localizadas em diversos pontos das Ilhas.

**MÉTODOS** - Na Ilha do Sal foram estudadas 235 crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 16 anos, seleccionadas de um modo randomizado, correspondendo a 10% de todos os alunos que frequentavam os nove primeiros anos de escolaridade. Foi aplicado: 1 - Questionário estandardizado, previamente validado (baseado nos questionários para estudo de patologia respiratória em crianças, da Comunidade Europeia e da American Thoracic Society); 2 - Bateria de testes cutâneos (IC) em picada (prick), utilizando-se aeroalergenos comuns - ácaros domésticos, barata germânica, cão, gato, fungos e pólenes; 3 - Teste rápido de provocação brônquica com metacolina. Na Ilha de S. Vicente estudaram-se 588 crianças do ensino básico com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos, usando a mesma metodologia, mas sem aplicação do teste de provocação brônquica.

**RESULTADOS** - A prevalência de AB actual (sintomas no último ano) foi de 10,6% (dos quais apenas 12% eram atópicos e 24% apresentaram hiperreactividade à metacolina) na Ilha do Sal e 7% (dos quais 37% eram atópicos) na Ilha de S. Vicente. A prevalência de atopia nas amostras populacionais (definida pela sensibilização a pelo menos um alérgeno) foi de 6 e 12% nas Ilhas do Sal e de S. Vicente respectivamente. Os alérgenos mais frequentemente implicados foram os ácaros do pó doméstico. A baixa prevalência de atopia e limitada percentagem de sensibilizações a ácaros, levou a que fosse colocada a hipótese de que este fenómeno estaria associado a baixas concentrações de alérgenos de ácaros a nível das residências, embora as condições locais fossem favoráveis ao seu desenvolvimento. Estudaram-se as concentrações de antígenos de ácaros do pó doméstico (Der p<sup>1</sup> e Der f<sup>1</sup>) em 52 residências de ambas as ilhas, utilizando anticorpos monoclonais (ALK Abello - Madrid).

Encontraram-se concentrações médias extremamente significativas de 8,9 mg/g pó para o Der p<sup>1</sup> e de 4,9 mg/g Der f<sup>1</sup>.

**CONCLUSÕES** - 1 - A prevalência de AB estimada em Cabo Verde (identificada pelo inquérito) é similar à referida na generalidade dos países europeus. 2 - A baixa prevalência de atopia encontradas neste país não pode ser explicada por ausência ou diferente exposição alérgica, pelo que outros factores, raciais, ambientais e sociais estarão envolvidos e necessitarão de melhor esclarecimento.

## HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA ASMÁTICA REFLEXÃO SOBRE FACTORES DE RISCO

Gaspar A, Pires G, Câmara R, Prates S, Carvalho F, Nogueira J, Almeida M, Rosado-Pinto J.

Serviço de Imunoalergologia - Hospital de Dona Estefânia - Lisboa

XVII Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica. Aveiro. Novembro 1996.

**RESUMO:** A morbilidade da Asma Brônquica (AB) tem vindo a aumentar nos últimos anos, traduzindo-se por um elevado número de recursos ao serviço de urgência (SU) e internamentos hospitalares. Os factores genéticos (história de atopia), os poluentes ambientais (meio urbano), a exposição da alérgenos *in-door* (ácaros do pó doméstico e animais) e o tabagismo passivo, têm sido os factores de risco responsabilizados por esse crescimento. Mais controverso é o papel das infecções respiratórias e da dieta. Os autores revêem 165 internamentos (149 doentes com idade inferior a 15 anos) ocorridos na Unidade de Imunoalergologia do IIIE, num período de 21 meses (Jan. 95 - Set. 96), seleccionando as crianças internadas por AB - n=115; na sua maioria enviados pelo SU e pela UCIP. A duração média de internamento foi de 4.8 dias ( $\pm$  3.08 dias), a relação sexo M/F de 1.1/1 e a idade média de 4.4. anos (M - 3.7 anos; F - 5.2 anos); 46.1% de idade inferior a 3 anos.

Encontrámos história familiar de atopia em 94.8% (pelo menos um dos progenitores - 67.9%); tabagismo passivo (média de 16 UMA) em 80% das famílias (pai fumador - 81.5%; mãe fumadora - 45.7%); ausência de aleitamento materno em 36.5% e introdução de leite de vaca antes dos 6 meses em 15.7%; sem frequência de infantário em 58.8%; presença de animais no domicílio em 32.2%; média de 4.4. coabitantes e sinais directos de humidade na residência em 60%. Os primeiros sintomas surgiram antes do 1.º ano de idade em 58.3%.

Recorriam habitualmente ao SU 73.9% das crianças, tendo mais de 6 crises por ano em 37.4% dos casos (>12 crises no último ano em 12.2%) e condicionando hospitalização prévia em 42.6%. A maioria das crianças não era seguida em consulta de especialidade (59.1%) e não tinha qualquer orientação em termos de terapêutica profiláctica (59.1%) ou de crise (47.8%) ou medidas ambientais prévias (88.7%). Em 50 crianças foi efectuada pesquisa de antígenos virais nas secreções respiratórias que se revelou positiva em 26% - 9 crianças para VSR, 2 para denovírus, 1 para influenza e 1 para-influenza. A prevalência de atopia, identificada pela positividade dos testes cutâneos, foi de 74.7%, sendo os alérgenos mais comuns os ácaros do pó doméstico (96.4%). Os autores correlacionaram os resultados encontrados com os de um grupo controle.

**REFLEXÕES:** 1 - Elevada percentagem de factores de risco presentes nas crianças com hospitalizações por AB: história familiar de atopia e residência em meio urbano na quase totalidade das crianças, tabagismo passivo num elevado número de famílias e evidência de sensibilização alérgica aos ácaros do pó doméstico na grande maioria das crianças. 2 - Papel importante das infecções respiratórias virais como factor desencadeante da agudização de AB, principalmente nas crianças mais pequenas (<3 anos). 3 - Início precoce da sintomatologia, na maioria das crianças antes do 1.º ano de vida e gravidade da situação clínica, realçando a necessidade do diagnóstico precoce da AB e orientação em consulta de especialidade.

Pires G, Almeida M, Gaspar A, Nogueira J, Rosado-Pinto J.  
Serviço de Imunoalergologia - Hospital de Dona Estefânia - Lisboa  
XVII Reunião da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica. Aveiro. Novembro 1996.

**RESUMO:** A alergia ao latex é uma patologia relacionada com o contacto frequente com produtos de borracha, cuja incidência tem vindo a aumentar nos últimos anos, tornando-se um importante problema de saúde. As manifestações são múltiplas e podem ir desde situações de urticária e angioedema a anafilaxia grave, pelo que o diagnóstico adequado é fundamental.

Os autores apresentam 4 casos clínicos de doentes com alergia ao latex, 3 do sexo masculino e 1 do sexo feminino: 1 - Uma criança de 10 anos de idade com antecedentes de malformação urológica, sujeita a várias intervenções cirúrgicas, uma delas complicada com choque anafilático, apresentava episódios de urticária e angioedema sugestivos de reacção de hipersensibilidade imediata ao latex, confirmada por testes cutâneos em prick (TC) e IgE específica; os TC efectuados foram também positivos para banana, ananás e uva. 2 - Um adulto de 38 anos, atópico, cirurgião, referia lesões cutâneas e sintomas nasais cerca de 15 min após contacto com luvas, sendo o TC positivo com o latex. 3 - Uma doente de 34 anos, secretária, apresentava eczema grave das mãos, com agravamento após o contacto com luvas (usadas regularmente nas actividades domésticas) e mais recentemente referia queixas imediatas de urticária e angioedema das mãos, acompanhadas de sintomas respiratórios, com o uso de luvas; referia também queixas respiratórias após a ingestão de alguns frutos: pêssago, damasco, cereja, uva, castanha e amêndoa; os TC foram positivos com o latex, cereja e castanha - extractos comerciais, e pêssago, kiwi e uva - frutos ao natural. 4 - Uma criança de 9 anos de idade, com eczema atópico na 1.ª infância e queixas actuais de alergia naso-sinusal e asma brônquica, apresentava episódios de urticária e angioedema da face 2 a 3 horas após o contacto com balões e toucas de borracha, e lesões eritematosas com a mesma localização, 12 a 24 horas depois; os testes epicutâneos revelaram positividade para os tiuranos e os TC, bem como a IgE específica, foram negativos com o latex.

Discutem-se as várias formas de apresentação, as dificuldades diagnósticas relacionadas com a ausência de standardização dos meios auxiliares de diagnóstico, a relevância da positividade dos testes cutâneos com frutos e a necessidade de caracterizar as populações em risco para evitar situações potencialmente graves.



## EXPOSIÇÃO TABÁGICA EM CRIANÇAS DO ARQUIPÉLAGO DA MADEIRA

Câmara R, Almeida M, Santa-Marta C, Ornelas P, Marques A, Romeira P, Alves C, Borges F, Rosado-Pinto J.

Unidade de Imunoalergologia do Centro Hospitalar do Funchal.

Serviço de Imunoalergologia - Hospital de Dona Estefânia.

XVII Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica. Aveiro. Novembro 1996.

**RESUMO:** O tabagismo passivo como factor condicionante e agravante da sintomatologia respiratória em crianças, nomeadamente com asma brônquica (AB), tem sido referido pela generalidade dos autores. Conscientes de que as estimativas de exposição tabágica infantil obtidas pela análise de inquéritos são habitualmente consideradas enganadoras, quando comparadas com doseadores de marcadores biológicos, como a cotinina urinária, foi objectivo deste trabalho quantificar os hábitos tabágicos de 1061 famílias residentes na Ilha da Madeira, das quais uma criança de idade compreendida entre os 6 e os 10 anos foi incluída numa amostra randomizada visando a caracterização das doenças alérgicas neste grupo etário.

**MATERIAL E MÉTODOS** - Seleccionou-se uma amostra randomizada de 1300 crianças a quem foi aplicado: 1. Inquérito epidemiológico normalizado para o diagnóstico e caracterização de doenças atópicas (adaptado dos propostos pela ATS e pela Comunidade Europeia), incluindo questões sobre hábitos tabágicos da família e sua quantificação; 2. Testes cutâneos em prick. Foram incluídas na análise dos resultados as 1061 famílias das crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos.

**RESULTADOS:** Na população estudada encontrou-se uma prevalência de atopia de 54% (+/-2%) e de AB actual de 15% (+/-2%), sendo 74% destes atópicos. Em 49.7% das famílias estudadas não existia qualquer referência a fumadores; os dados referentes aos hábitos tabágicos encontram-se discriminados na tabela seguinte:

### EXPOSIÇÃO TABÁGICA

	SIM	NÃO	PAI	MÃE	OUTROS
ASMÁTICOS	54%	46%	45%	10%	12%
NÃO ASMÁTICOS	50%	50%	40%	9%	9%

Nas zonas sub-urbanas observou-se o maior consumo tabágico (carga tabágica familiar média, superior a 17 Unidades-Maço-Ano), observando-se um predomínio do sexo masculino em todas as regiões consideradas. Na zona urbana determinou-se a maior prevalência de tabagismo feminino (>15%).

**CONCLUSÕES:** Os nossos resultados evidenciam a elevada prevalência de tabagismo nesta população, provavelmente com algum determinismo nas elevadas prevalências de doenças atópicas encontradas. Não foi possível encontrar correlação entre o diagnóstico de AB e a exposição tabágica, nomeadamente materna. O estudo e quantificação da exposição tabágica como factor de risco para a expressão da doença alérgica, parece-nos uma área de intervenção atracente, particularmente pelo facto de ser fácil e potencialmente prevenível.

## ASMA BRÔNQUICA - O QUE SABEM OS PROFESSORES?

Câmara R, Santa-Marta C, Almeida de M, Ornelas P, Marques A, Borges F, Rosado Pinto J.

Unidade de Imunoalergologia do Centro Hospitalar do Funchal.

Serviço de Imunoalergologia do Hospital de Dona Estefânia.

XVII Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica. Aveiro. Novembro 1996.

**RESUMO:** Sendo a asma brônquica (AB) a doença crónica mais frequente na população pediátrica, interessou-nos avaliar o nível de conhecimento sobre esta patologia, dos professores do 1.º ciclo do ensino básico do Arquipélago da Madeira.

**MATERIAL E MÉTODOS:** No âmbito de um estudo epidemiológico da asma brônquica na Região Autónoma da Madeira (R.A.M.), foi aplicado, em 1995, um questionário (desenvolvido e aplicado anteriormente por JE Rosado Pinto — ref.: *Asma e Escolaridade — Saúde e Escola*, 1991; 8:42-5) a todos os professores (n=988) deste nível de ensino. O questionário é composto por três grupos de perguntas: 1. Conhecimentos gerais sobre a doença. 2. Relação desporto-asma. 3. Aspectos específicos: identificação do docente com AB e terapêuticas adequadas.

**RESULTADOS:** Responderam ao inquérito 772 professores (78,1% do total), dos quais 94,8% eram do sexo feminino e 5,2% do sexo masculino, com a seguinte distribuição etária (anos): 20-29=203 (26,3%); 30-39=234 (30,3%); 40-49=177 (22,9%); ≥50=158 (20,5%). Tempo de serviço (anos): 0-9=292 (37,8%); 10-19=177 (22,9%); 20-29=212 (27,5%); ≥30=91 (11,8%). No grupo I de perguntas, referentes aos factores emocionais que poderão influenciar a AB e às repercussões que a doença poderá ter no desenvolvimento psicomotor destas crianças, verificou-se uma percentagem de respostas esperadas de 36,2% e 34,7% respectivamente. A prevalência da doença em Portugal é desconhecida por 58% dos inquiridos. No que diz respeito à não influência do meio social no determinismo da doença, responderam adequadamente 90,4% dos indivíduos; a percepção da gravidade da AB foi confirmada em 73,9% dos inquéritos. No grupo II, o conhecimento da necessidade de praticar desporto é de 60%, e qual o mais apropriado de 50%; no entanto os sinais de agudização da doença durante a prática de desporto, são desconhecidos por 81% da amostra. No grupo III quanto ao conhecimento de fármacos para o tratamento desta entidade nosológica, 76,4% dos indivíduos respondem afirmativamente mas só 20% destes apontam medicamentos adequados. Por último é de realçar o interesse que esta classe profissional mostra em obter maior informação sobre esta patologia e os problemas que a rodeiam (96,6%). Cerca de 17% dos inquiridos referem a existência de crianças com AB na sua família directa e 24% na sua aula.

**CONCLUSÕES:** Numa população em que a prevalência de AB actual neste grupo etário é de 15%, determinada em estudos epidemiológicos realizados na R.A.M. pelo mesmo grupo de trabalho, as percentagens de crianças asmáticas nas salas destes professores parecem-nos aquém das esperadas, realçando-se assim o problema da sub valorização da AB. É revelada a necessidade de uma melhor informação da população em geral e, mais especificamente, dos indivíduos com responsabilidade na educação destas crianças.

**AGRADECIMENTOS:** À Secretaria de Educação do Governo Regional da R.A.M., aos Delegados Escolares e a todos os Professores envolvidos.

## ALERGIA A HIMENÓPTEROS NOS PRIMEIROS ANOS DE VIDA - Caso clínico

Almeida M, Carvalho F, Câmara R, Marques C, Rosado-Pinto J.

Serviço de Imunoalergologia - Hospital de Dona Estefânia.

Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar do Funchal (C.H.F.)

XVII Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica. Aveiro. Novembro 1996

**RESUMO:** A alergia a veneno de himenópteros é uma entidade nosológica relacionada raramente com reacções sistémicas em crianças, tendo este tipo de sintomatologia a sua maior incidência ao adulto jovem. A prevalência de sensibilização na população em geral varia de 0,8 a 5%, sendo a prevalência de reacções sistémicas à picada de abelha nos apicultores de 3,3%, variando a sensibilização entre 10 e 25%. Em Portugal desdemonstram-se dados sobre a prevalência e incidência desta patologia, embora exista um importante número de apicultores.

Os autores apresentam, o caso clínico duma criança do sexo masculino, com 3 anos de idade, natural e residente no Funchal, com história de choque anafilático na sequência duma picada de abelha, que justificou internamento no Serviço de Pediatria do C.H.F.; por este motivo, foi referenciado ao Serviço de Imunoalergologia do H.D.E. para avaliação clínica, laboratorial e posterior orientação terapêutica. Da avaliação clínica e laboratorial realizada, há a salientar: uma boa correlação entre a exposição ao agente etiológico (abelha) e o quadro clínico apresentado por esta criança; um aumento significativo da IgE total e da IgE específica para veneno de abelha e ainda testes cutâneos para veneno de himenópteros intradérmicos (Bayer-D.H.S.) positivos para veneno de abelha e negativos para vespa. Sob internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), o doente foi submetido a dessensibilização específica para veneno de abelha (Alhay 550µg - Bayer-D.H.S.) com um protocolo rápido, atingindo-se a dose de manutenção em 4 dias (100µg). Não houve reacções adversas, para além de alguns sinais inflamatórios locais, provavelmente relacionados com o volume introduzido, que impedissem a progressão do esquema previamente planeado. Neste momento a criança efectua no seu hospital de origem a terapêutica de manutenção mensal sem intercorrências (100 µg/mensal).

As referências bibliográficas sobre dessensibilização a himenópteros neste grupo etário são quase inexistentes, parecendo-nos no entanto a sua indicação indiscutível, face à elevada probabilidade de ocorrência de choque anafilático secundário a posterior exposição alérgica.

**AGRADECIMENTOS:** À UCIP do Hospital de Dona Estefânia (Director: Dr. Carlos Vasconcelos).

## CORRELAÇÃO DOS VALORES DE IgE TOTAL OBTIDOS POR IRMA (COM TECAMERHO, CAP E IMMULITE)

Nogueira J, Loureiro V, Almeida M, Rosado-Pinto J.  
Serviço de Imunoalergologia - Hospital de Dona Estefânia - Lisboa  
American Collodge of Allergy Asthma & Immunology. Boston. Novembro 1996.

**RESUMO:** A determinação de IgE total na prática clínica é um dos primeiros passos, in vitro, para o diagnóstico de doença alérgica.

Previamente os autores mostraram que os resultados obtidos por IRMA (com TECAM 8000, que possui software com automatização total, incluindo lavagens) e IMMULITE, eram de  $r=0,97$  até 300 I.U. e de  $r=0,87$  para valores de 300 a 600 I.U. Os resultados entre CAP e IMMULITE para valores até 600 I.U. foram de  $r=0,92$ .

O IMMULITE IgE total é uma fase sólida enzimática por quemiluminiscência. A fase sólida é de polistireno coberta com anticorpo policlonal específico para a IgE. Previamente o kit permitia doseamentos até 600 I.U. O novo kit permite doseamentos até 2000 I.U.

O CAP consiste numa fase sólida inclusa numa cápsula e é constituída por um polímero flexível hidrofílico (CNBr).

O objectivo do estudo foi comparar os resultados de IgE total, obtidos por IRMA, CAP e IMMULITE (novo kit até 2000 I.U.) em 198 amostras de soro com uma gama larga de valores de IgE.

Os resultados mostraram um  $r=0,97$  entre IRMA E CAP; um  $R=0,98$  entre CAP e IMMULITE.

**CONCLUSÕES:** os resultados mostram que existe uma correlação elevada entre os testes, validando o uso do novo Immulite para as determinações de IgE total. A escolha de um deles, para uso em rotina deverá também ser baseada em custos e no grau de automatização necessário em função do número de doentes a manusear.

**URGÊNCIAS PEDOPSIQUIÁTRICAS NO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA**  
**Março/Outubro de 1996 - Revisão de 60 casos**

Goldschmidt T, Vieira M, Pocinho L, Cepêda T.

Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital de Dona Estefânia - Equipa 2

**RESUMO:** Este trabalho consiste na revisão de todos os casos de crianças e adolescentes, até aos 14 anos, observados no Serviço de Urgência do H.D.E., entre Março e Outubro de 1996.

O serviço de atendimento Pedopsiquiátrico urgente funciona no Banco de Pediatria do HDE desde 1992, em regime parcial (apenas nos dias úteis entre as 9 h e as 20 h) mas só desde Março do corrente ano se processou o registo sistemático das consultas efectuadas.

Durante o período acima mencionado foram observados 60 casos, tendo sido avaliados os seguintes parâmetros: número total de casos, idade, sexo, motivo do pedido, terapêutica farmacológica, orientação e internamento que são apresentados em gráficos.

O número relativamente baixo de casos é insuficiente para tirar ilações, permitindo no entanto algumas reflexões relativamente às características das situações observadas e concluir da eventual necessidade de reformulação do regime em que este serviço tem sido realizado.

## THE USE OF GRIFFITH'S DEVELOPMENTAL SCALES IN THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF PERVASIVE DEVELOPMENTAL DISORDERS

Fornelos M, Silva C, Fornelos J, Cordeiro M.

Unidade de Primeira Infância.

Departamento de Pedopsiquiatria. Hospital de Dona Estefânia.

VI Congresso Mundial de Psiquiatria da Primeira Infância. Finlândia. Tampere. Julho 1996.

**RESUMO:** This study is the result of a long experience in clinical psychology work in an INFANT MENTAL HEALTH UNIT.

A significant number of infants that we have assessed presented Pervasive Developmental Disorders (PDD - DSM - IV, ICD - 10) in which the language developmental delay is the most common motive for consultation at UPI.

Our work was developed in two main dimensions: the diagnostic process and the therapeutic process.

Concerning diagnostic evaluation, our clinical experience has shown that different developmental patterns emerge from the systematic application of the Griffiths Developmental Scales in infants with this disorder.

The aim of this study is to define those patterns and correlate them with the ethiological assumptions.

**METHODOLOGY** - Our sample consists of 15 children with 2 to 4 years of age with the clinical diagnosis of PDD. All the sub-scales of Griffith's Developmental Scale have been applied to all the children in the sample by the same tester. The result analysis was made by two Psychologists, one being the tester and the other being a neutral rater. The inter-rater reliability was checked. The data from the scales and sub-scales were compared and matched with the ethiological hypothesis, as drawn from the clinical information, evolution and outcome.

**RESULTS** - Two main patterns were identified with similar GQ values: one suggestive of processing difficulties of cognitive information where the subscales reach similar levels; and the other suggestive of affective and relationship disturbance where the subscales have different levels.

**CONCLUSION** - The early detection of these profiles, provides a tool for differential diagnosis, giving the clinician a more accurate perspective of treatment planning and outcome expectations.

## MATERNAL MENTAL REPRESENTATIONS AND PSYCHOLOGICAL FUNCTIONING OF CHILDREN OF DEPRESSED MOTHERS

Marques C, Pires A, Fornelos J, Caldeira P, Cordeiro M.  
Unidade da Primeira Infância - Hospital de Dona Estefânia - Lisboa.  
VI Congresso Mundial de Psiquiatria da Primeira Infância. Finlândia. Tampere. Julho 1996.

**RESUMO:** In this study the authors assess two main issues: 1) Mental representations of depressed mothers and their impact on mother-child interactions. 2) Psychological disturbances in the offspring of this group.

**AIMS** - To evaluate the impact of maternal depression (in correlation with other significant risk factors) on children's psychological functioning.

**SUBJECTS** - The study group consist of 12 children, between 9 and 30 months of age, whose mothers are clinically depressed. The control group is composed by 12 children, matched according to age, sex, s.e.s., and whose mothers do not suffer from depressive symptoms. All children are recruited from community Day Care Centers.

**METHODS:** The study takes place in two phases. In the first phase (at the Day Care Center), mother and child's educator are assessed. Mothers who meet the Hamilton Scale and/or the Beck Depression Inventory criteria for Depression are requested to answer the Maternal Representations Interview (Stern and al., 1989, adapted). The educator's representation of the child is also assessed through this interview and compared with mother's representations. The second phase take place at the Infancy Unit, where child and mother-child interactions are evaluated; the assessment tools were: Symptom Check-List (Robert Tissot and al., 1989); Griffiths Development Scale. Mother-child interactions were also videotapped during a 10-minute structured series of episodes (observation of child's free play, behavior at separation/reunion, mother child play). The point of view of an independent observer is used to evaluate them.

**RESULTS** - The first phase results indicate that depressed mothers have difficulty in recognizing their children's affective states, especially their sadness, when compared with the educator's representations. Their perceptions of the children are unrealistic and they recognize in them qualities they would probably wish for themselves. The preliminary results of the second phase point out to a higher incidence of separation anxiety, aggressiveness and other behavior problems amongst children of the study group. Patterns of insecure attachment are frequently present.

## EATING DISORDERS: CLINICAL ISSUES FOR DIAGNOSIS

Cordeiro M, Caldeira P.

Unidade de Primeira Infância

VI Congresso Mundial de Psiquiatria da Primeira Infância. Finlândia. Tampere. Julho 1996.

**RESUMO:** An overview of eating disorders' place in classification frameworks, either as symptoms or as nosological entities, is done.

The authors address the cases of 12 infants presenting eating problems as the main symptom as well as the primary focus of intervention, in the first two years of life, with no organic conditions.

**AIM** - To better define the clinical syndromes in which anorexia is the principal symptom and the nature of the connection between anorexia and mother/child relationship.

**METHOD** - Using the data collected from our standard clinical file, we study the maternal mental representations, mother/infant interactive behavior, family context, individual characteristics of the babies, anamnestic data and outcome. All cases were diagnosed according to DC 0-3 Classification System.

**RESULTS** - 1 - Depression in the infant and mother's underinvolvement associated with angry/hostile affect tonality are the most frequent conditions.

2 - In the infant, withdrawal behavior from mother is a frequent pattern.

3 - The lack of mother's availability for mothering and poor involvement with the future baby during pregnancy negatively influences mother/child relationship after birth.



## THE CHILD PSYCHIATRIST IN THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT

Cordeiro M, Marques M, Bispo M.

Departamento de Pedopsiquiatria. Unidade de Primeira Infância

VI Congresso Mundial de Psiquiatria da Primeira Infância. Finlândia. Tampere. Julho 1996.

**RESUMO:** The authors present their child psychiatry liaison activity with a Neonatal Intensive Care Unit from a Pediatric Service of a Central Hospital, carried out for the last two and a half years. This activity consisted mainly in brief psychotherapeutic interventions with mother and baby done in the Intensive Care Unit's facilities. A review of 46 observed cases is done and some protective and risk factors are pointed out as well as the overall intervention is evaluated. The following parameters were analysed: 1) gender, 2) motive for referral, 3) presence of the father in the Unit, 4) pre-natal maternal mental representations of the baby, 5) mother/infant interaction, including; 5.1 - adaptation to baby, 5.2 - psychological involvement of the mother, 5.3 - behavioral quality of interaction, 6) therapeutic intervention, 7) evolution. Preliminary results of an evaluation data's analyse for 16 cases show that better evolutions are associated with balanced pre-natal maternal mental representations and also with the regular presence of the father in the Unit. In those interventions in which there was compliance to treatment, the most favorable evolutions are associated with the cases presenting difficulties in mother / infant relationship (motive for referral) uncomplicated by chronic handicap of the baby. This type of intervention did not prove effective either in terms of compliance or evolution for those cases in which there was moderate to severe psychiatric disorder in the mother, namely drug abuse.

## EVALUATION OF THE THERAPEUTIC INTERVENTION IN AN OUT-PATIENT INFANT MENTAL HEALTH UNIT

Rodrigues E, Marques C, Nascimento M, Silva C, Cordeiro M.  
Unidade de Primeira Infância. Departamento de Pedopsiquiatria - Hospital de Dona Estefânia.  
VI Congresso Mundial de Psiquiatria da Primeira Infância. Finlândia. Tampere. Julho 1996.

**RESUMO:** A general outline of our clinical approach and intervention methodology as well as an overall characterisation of the population attending the Infancee Unit through the last ten years is presented.

**AIM -** The authors propose to study the adequacy of the therapeutic intervention to the clinical needs of the population.

**METHOD:** The infants and their families having a first consultation between January 1994 and December 1995 were studied according to:

- Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale (DC 0-3)
- GAF Scale (DSM IV)

Information and scale scores were obtained through clinical records and the therapists' evaluation in the beginning of the intervention. The same data was collected again at the present state of each case.

Results were correlated with:

- Type of intervention
- Clinical diagnosis (NCCIP's DC 0-3, Primary Diagnosis)
- Graffar Scale

### CONCLUSIONS:

1 — There is a clear clinical improvement after treatment in children (GAF) and in relationships (PIR-GAS).

2 — These two variables are rather independent. This means that improvement in relationships can be obtained in children with serious impairments (e. g., MSDDs) or that improvement in child's functioning is possible even within severely disordered relationships.

3 — There is a high incidence of insufficient or inadequate caregiving in our population, as a cause of psychopathology.

4 — The interventions centered on mother/infant relationship are the most frequent and correlate with a better improvement in PIR-GAS (p 0.058).

## TENTATIVA DE SUICÍDIO E DEPRESSÃO Casuística de 15 meses e exemplo clínico

Candeias M, Dieudonné V, Lima M

Núcleo de Pedopsiquiatria de Ligação do Hospital de Dona Estefânia

VII Encontro Nacional de Pedopsiquiatria. Dezembro 1996.

**RESUMO:** Introdução: Os autores apresentam uma retrospectiva do trabalho desenvolvido pelo Núcleo de Pedopsiquiatria de Ligação (NPL) do Hospital de Dona Estefânia num período de 15 meses (01.08.95 - 31.10.96). É também descrito um caso clínico ilustrativo.

**MATERIAL E MÉTODOS:** O estudo incidiu sobre os pedidos de observação, diagnóstica e orientação terapêutica, realizados no período referido. Resultados: O número total de doentes observados em primeira consulta foi 125, dos quais 30 observações (24%) de pacientes em ambulatório e 95 (76%) em pacientes internados. Foram observadas crianças e adolescentes entre 1 e 18 anos, a idade média foi 11.5 anos. A distribuição por sexo apresentou predomínio do sexo feminino (57.5%).

A causa mais frequente de pedido de intervenção do NPL foi a Tentativa de Suicídio (TS), correspondendo a 24% daqueles. Esta situação foi mais habitual nos adolescentes do sexo feminino (87%) e por ingestão medicamentosa. Seguem-se as situações de depressão (20%), coexistentes com doenças somáticas ou com situações de maus tratos e as alterações do comportamento (11%). Nestes a distribuição é homogênea em relação ao sexo. A maioria dos pedidos provém do Serviço S2-S2 (31%), seguido pela UCIP (15%) e pelo S2-S3 (11%).

**Caso clínico:** Rapaz de 13 anos de idade, estudante do 8.º ano do Ensino Secundário. Internado a 04.03.96 na UCIP do Hospital de Dona Estefânia com diagnóstico de Tentativa de Suicídio por ingestão de Organofosforados. A TS foi feita na sequência de conflito familiar (onde agressão física é o método utilizado para impor as regras ou limites). Existiam outros factores envolvidos: má adaptação social, dificuldades de relação com professores e colegas, fugas, furtos, mentiras, hipersónia e ideação suicida. Durante o internamento houve uma mudança do estado de humor e de euforia para tristeza com choro frequente. Eram expressos sentimentos de desvalorização e de abandono. Teve alta, após 3 semanas de internamento, com melhoria do humor e desejo de regressar à escola e ao convívio com amigos e familiares. Diagnóstico: Tentativa de Suicídio, Alterações do Comportamento, Organização Depressiva. Terapêutica (durante o internamento): Consultas Terapêuticas, Entrevistas Familiares, Psicofarmacologia (Tioridazina) e ligação com médicos/não-médicos. Terapêutica (em ambulatório): Psicoterapia Individual, Terapia Familiar, Psicofarmacologia (Fluoxetina). Evolução: Boa adaptação na família e na escola após a alta. Aparecimento dos primeiros problemas dois meses depois da alta: dificuldades de aprendizagem e fuga de casa, continuação dos maus tratos pela família, dificuldade em manter o tratamento proposto. Quatro meses depois da alta, revela ter sido vítima de Abuso sexual desde os 6 anos. Dificuldades em manter as Consultas pelos familiares.

**CONCLUSÃO:** O trabalho, que tem vindo a ser desenvolvido pelo Núcleo de Pedopsiquiatria, tem sido útil e necessário, embora se deva ter em mente os escassos meios humanos e recursos técnicos e logísticos de que dispõe. Retrospectivamente, 60% dos casos apresentaram indicação para internamento: 45% em regime pedopsiquiátrico específico e 15% em Unidade de Adolescentes.

Santos F, Brito I

Departamento de Pedopsiquiatria do Hosp. de D. Estefânia

VII Encontro Nacional de Pedopsiquiatria. Beja. Dezembro 1996.

**RESUMO:** Neste trabalho foram observadas dez grávidas adolescentes cujo parto ocorreu na Maternidade Magalhães Coutinho entre 1/4/96 e 31/5/96.

Foi proposta a todas as grávidas uma observação inicial no período perinatal em que eram questionadas sobre o conhecimento e utilização de métodos anticoncepcionais, o desejo de engravidar, a existência ou não de intenção abortiva inicial, as expectativas em relação à criança, o relacionamento com a família e com o pai da criança, assim como sobre o projecto de vida pós gravidez.

Numa segunda observação um mês após o parto, avaliou-se a relação com a criança e com a família alargada bem como com o pai da criança.

Conclui-se que a gravidez foi maioritariamente não desejada, não se encontrando nenhuma das adolescentes a utilizar métodos anticoncepcionais, embora todas afirmassem saber da sua existência e forma de utilização. Houve igualmente profundas modificações no modo de vida com abandono da escolaridade, início da vida profissional ou ausência de projectos de carreira ou ocupação. A maioria das grávidas provinha de famílias monoparentais com relações interfamiliares conflituosas.

Constata-se a necessidade da criação de uma consulta de adolescentes grávidas em articulação com a Maternidade, pelo que se estabeleceu um protocolo com Consulta de Obstetrícia, no sentido de passarem a ser referenciadas à Consulta de Pedopsiquiatria, todas as grávidas com idade igual ou inferior a dezoito anos.

Nesta consulta pretende avaliar-se: aceitação da gravidez, relação com o pai da criança, relação com a família alargada, apoio efectivo à adolescente, projecto de apoio ao desenvolvimento da criança.

## «VIVENDO NO LIMITE»: a criança e a família em face da morte

Cepêda T, Maia G.

Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital de Dona Estefânia.

VII Encontro Nacional de Pedopsiquiatria. Beja. Dezembro 1996.

**RESUMO:** As autoras observaram e acompanharam, no âmbito de um trabalho de pedopsiquiatria de ligação, 30 crianças que apresentavam uma patologia orgânica com prognóstico fatal e 32 famílias cujos filhos se encontravam nesta situação. Este trabalho baseou-se na análise das entrevistas clínicas realizadas numa tentativa de compreensão dos sentimentos, comportamentos e mecanismos de adaptação das crianças e dos pais face a esta situação. Verificaram que os estádios geralmente descritos como aparecendo sequencialmente neste processo, estavam presentes mas imbrincados uns nos outros, mostrando progressos, regressões e modificações frequentes. Estádios semelhantes ocorriam frequente e simultaneamente na família. A fase pré-terminal da doença orgânica correspondia, geralmente, ao isolamento e retirada. A aceitação da morte pelos pais era observada quando coexistiam vários factores: uma doença orgânica crónica, uma ligação afectiva mantida, menor culpabilidade e o encontrar um sentido para a morte. No que diz respeito à criança, a sua aceitação dependia da aceitação pelos pais ou por um técnico disponível para uma relação próxima com eles. O pedopsiquiatra de ligação pode ter um papel importante ao ajudar as crianças e suas famílias a enfrentar esta situação de modo a permitir a sua aceitação o que traz um grande alívio e paz. Pode, também, ajudar os técnicos a lidarem com a morte e a aceitá-la não como um fracasso mas como a evolução natural da vida.

## A DEPRESSÃO E SUA PREVALÊNCIA NUMA CONSULTA DE PEDOPSIQUIATRIA PARA ADOLESCENTES

Maia G, Afonso J, Saldanha G, Marques M, Barros T, Matos N, Oliveira M, Santos M, Trigueiros A  
Clínica da Juventude - Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital de Dona Estefânia  
VII Encontro Nacional de Pedopsiquiatria. Beja. Dezembro 1996.

**RESUMO:** Os autores exercem as suas funções numa equipa de atendimento pedopsiquiátrico a adolescentes. Com o objectivo de aprofundar o conhecimento da depressão nesta faixa etária e da sua prevalência nesta consulta e de caracterizar e relacionar os grupos diagnósticos seleccionados, efectuaram a revisão dos processos clínicos dos 774 adolescentes observados pela 1.ª vez, de Janeiro de 1995 a Outubro de 1996 e deles seleccionaram os que apresentavam os diagnósticos de: A) Perturbação de Adaptação de Tipo Depressivo, B) Distímia, C) Perturbação Depressiva Sem Outra Especificação, D) Depressão Major, E) Perturbação de Personalidade numa fase de descompensação depressiva. Os dados obtidos foram divididos em vários itens (idade, sexo, escolaridade, existência ou não de insucesso escolar, área de residência, motivo do pedido de consulta, situação familiar, factores desencadeantes, diagnóstico, diagnósticos associados, tratamento, evolução), e os diferentes grupos diagnósticos comparados entre si em relação a estes itens. O presente trabalho pretende ser uma apresentação preliminar dos resultados obtidos, dos quais salientamos a diferença significativa entre o grupo das perturbações depressivas e o da perturbação de personalidade, no que respeita à distribuição por sexo (predominando neste último os adolescentes do sexo masculino) e em relação à evolução (percentagem significativamente inferior de melhoria em relação aos outros grupos). Quanto à prevalência, verifica-se que as categorias diagnósticas seleccionadas correspondem a 46% dos diagnósticos formulados na equipa neste período de tempo, sendo a sua distribuição a seguinte: A = 15%, B = 17%, C = 4%, D = 2%, E = 9%. É intenção dos autores aprofundarem o estudo dos dados obtidos e a discussão e reflexão sobre eles: simultaneamente, prosseguir o estudo nos novos casos observados na equipa, melhorando os instrumentos de recolha de dados. Salienta-se a importância dum diagnóstico e intervenção terapêutica adequadas pelas repercussões que muitos destes quadros podem ter no futuro destes adolescentes.

## CLÍNICA DA JUVENTUDE - UM PROJECTO DE HOSPITAL DE DIA PARA ADOLESCENTES

Afonso J, Maia G, Saldanha G, Barros T, Marques M, Matos N, Oliveira M, Santos M, Conceição F, Braga I, Cosme I, Santos L, Almeida L, Novais S, Trigueiros A.

Clínica da Juventude - Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital de Dona Estefânia

VII Encontro Nacional de Pedopsiquiatria. Beja. Dezembro 1996.

**RESUMO:** Os autores fazem uma síntese e reflexão sobre a actividade clínica desta unidade de tratamento de Janeiro de 1995 a Outubro de 1996. Com este objectivo, efectuaram a revisão dos processos clínicos dos 69 adolescentes que frequentaram esta valência terapêutica no mencionado período de tempo. Os dados obtidos foram agrupados em diversos itens:

**IDADE:** 58% na faixa etária dos 11-14 anos e 42% na dos 15-19. **SEXO:** 71% do sexo masculino. **ESCOLARIDADE:** 43% no 7.º - 9.º anos de escolaridade, 39% do 5-6.º anos. **RESIDÊNCIA:** 99% na área da Grande Lisboa. **MOTIVO DA INTERVENÇÃO NO HOSPITAL DE DIA** (por vezes, mais que um motivo por caso) — os mais frequentes foram: 49% - Dificuldades no rendimento escolar, 32% — rotura com a escola, 25% — perturbações do comportamento, 17% — Descompensação psicótica, 14% — Dificuldades na relação com os pares. O **DIAGNÓSTICO** mais frequente formulados foi o de Psicose (Esquizofrenia, Perturbação psicótica sem outra especificação e Depressão Major com sintomatologia psicótica) — 25%, sendo Distímia o segundo diagnóstico mais frequente - 23%. No grupo dos adolescentes em rotura com a escola, 71% apresentavam uma perturbação psicótica. Em 42% dos casos, houve prescrição medicamentosa sendo os neurolépticos a mais frequente. **EVOLUÇÃO:** Verificou-se melhoria em 95% dos casos. Concluem pela confirmação da importância do Hospital de Dia como valência terapêutica no tratamento de quadros psicopatológicos moderados e graves, mesmo em tempos diários e semanais diversos. Destacamos os quadros de perturbações psicóticas e de personalidade limite nas quais sentem que a vivência no meio terapêutico do Hospital de Dia é facilitadora duma evolução mais harmoniosa e de uma consequente integração destes jovens no seu meio sócio-familiar.

## **THE CLINICAL USE OF DC 0-3 SYSTEM IN A CROSS-CULTURAL PERSPECTIVE**

Cordeiro M.

Unidade de Primeira Infância - Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital de Dona Estefânia  
11th National Training Institute of National Center for Infants, Toddlers and Families (0-3)  
USA. Washington. Dezembro 1996.

**RESUMO:** After some critical remarks about the interest and the difficulties of using diagnostic classifications in infancy, the author describes the motives for using Diagnostic Classification: 0-3 (DC 0-3) System and the setting in which the clinical work develops. The results from the application of DC 0-3 System in 90 cases which received treatment in UPI are presented.

We concluded that DC 0-3 System allows a clearer distinction between infant disorder and relationship disorder, as it better focuses attention on infant's characteristics and symptoms. It facilitates follow-up studies and a better assessment of therapeutic intervention.

Two clinical vignettes are presented.

In addition, the author presents the distribution of diagnostic categories in the clinical sample and relates that to the cultural context of our population, namely the most frequent conditions of child care and the sensitivity to infant's psychic distress.



Pocinho L, Carvalho G, Brito I, Cepêda T.

Núcleo de Pedopsiquiatria de Ligação do Hospital de Dona Estefânia

**RESUMO:** Este trabalho consiste, essencialmente, numa reflexão sobre os casos atendidos no contexto da pedopsiquiatria de ligação do H.D.E., em 1994.

Com esta finalidade, foram comparadas as situações observadas em três dos sectores que, de forma mais estável e contínua, solicitam a colaboração da pedopsiquiatria: serviços de internamento, consulta externa de pediatria geral e consultas de especialidades pediátricas.

Verificamos que, embora à partida os casos enviados por cada um destes sectores tenham globalmente características diferentes e específicas (nomeadamente a existência ou não de doença somática concomitante e a situação de hospitalização) não se registam, no conjunto, discrepâncias tão marcadas como esperávamos encontrar.

Estes dados sugerem que os factores doença orgânica e situação de internamento, embora tenham uma repercussão sobre o funcionamento psíquico da criança e respectiva família, este impacto é, por vezes, atenuado por muitos outros aspectos e não determina por si só a evolução futura da criança.

A repercussão parece ser mais nítida e marcada pela gravidade dos casos provenientes da consulta de neuropediatria e em que coexiste, por vezes, uma doença neurológica, o que nos remete para o significado desta interacção: patologia neurológica / pedopsiquiatria.

## CASUÍSTICA DO 1.º SEMESTRE DE 1995 - CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Oliveira P, Correira A.

Equipa 3 do Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital de Dona Estefânia

**RESUMO:** Estudo descritivo da população utente da primeira consulta, no período de 1 de Janeiro a 30 de Junho de 1995.

**Objectivo geral** - Pretendeu-se caracterizar a população em função da psicopatologia e da organização familiar e avaliar o grau de adequação das respostas terapêuticas oferecidas.

**Objectivo prático** - Pretende-se igualmente «testar» a adequação da ficha de colheita de dados elaborada, com vista à sua futura utilização periódica pela equipa, quer com fins de investigação, quer de aplicação clínica corrente.

**METODOLOGIA** - Os dados foram obtidos de fichas de resumo clínico elaboradas para o efeito, que foram preenchidas pelos técnicos responsáveis no prazo de três meses após a primeira consulta.

Foram recolhidos os dados de identificação, o motivo da consulta, a caracterização do agregado familiar, o diagnóstico e as intervenções terapêuticas efectuadas.

Para além destes, tentaram delinear-se situações associadas consideradas problemáticas na criança (a nível psico-afectivo, do desenvolvimento, orgânicas, ...) ou na família (perturbação mental, carências sócio-económicas,...), e foi pedido aos técnicos que referissem a intervenção terapêutica desejável, independentemente da intervenção que o caso realmente teve, assim como as razões que, no seu entender, estariam na base de eventuais diferenças.

**CONCLUSÃO** - Em relação ao objectivo geral conclui-se que os motivos de consulta mais frequentes são os problemas de comportamento e as dificuldades escolares correspondendo a maior parte dos diagnósticos a depressões e a quadros do foro psicótico.

São detectados, para cada caso, mais problemas associados respeitantes à família do que à própria criança.

Encontraram-se diferenças entre as intervenções efectuadas e as julgadas desejáveis, parecendo as razões estar directamente dependentes da insuficiência de meios postos à disposição da equipa. Este facto indicia a necessidade de se repensar a organização e funcionamento da equipa.

Em relação à adequação da ficha de resumo clínico, carece de modificações no sentido de se obter um maior grau de objectivação e quantificação de alguns dos dados, nomeadamente do item «problemas associados».

## A DEPRESSÃO NA PRIMEIRA INFÂNCIA

Rodrigues L, Fornelos M, Cordeiro M.

Unidade de Primeira Infância. Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital de Dona Estefânia.  
VII Encontro Nacional de Pedopsiquiatria. Beja. Dezembro 1996.

**RESUMO:** Os autores apresentam uma revisão crítica do conceito de depressão na primeira infância com referência à sintomatologia, etiopatogenia e prognóstico.

O estudo baseia-se na análise de 20 casos com o diagnóstico de depressão que tiveram seguimento terapêutico na UPI nos anos de 1994 e 1995.

Em todos os casos foram estudados os seguintes parâmetros:

- Motivo de consulta
- Idade da criança
- Início do sintoma
- Perturbação do meio / parentalidade
- Origem do pedido de consulta

Identificaram-se dois sub-grupos que diferiam entre si pelo carácter agudo ou crónico da perturbação do meio, pelo tipo de associação de sintomas e pela idade da criança na altura do pedido de consulta.

A diferente evolução terapêutica nestes dois sub grupos é ilustrada com a apresentação de dois casos clínicos.

## QUISTO PRIMÁRIO DA MASTÓIDE. Descrição de um caso clínico e revisão da literatura

Calado V, Pereira C, Ferreira C.

Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial - Vol. N.º 34, n.º 2:215-221. 1996

**RESUMO:** As lesões quísticas solitárias que envolvem o osso temporal e não estão associadas com qualquer patologia conhecida, são extremamente raras. O quisto solitário da mastóide é considerado uma entidade clínica específica, dadas as suas características particulares. A doença é mais frequente na primeira e segunda décadas da vida. O primeiro sintoma traduz-se geralmente por uma deformação da mastóide, de evolução quase sempre lenta e insidiosa, ou por uma perturbação funcional. O crescimento do quisto poupa, em geral, as funções auditivas e vestibulares. No entanto, o seu desenvolvimento interno origina, com frequência, destruições da placa óssea posterior, levando-o a contactar e aderir à meninge dessa região. Também o seio lateral pode ser lesado e amputado pelo crescimento do quisto. Os autores descreveram um caso clínico de quisto primário da mastóide, situação raramente citada na literatura médica mundial, nas últimas décadas. Tratava-se de uma criança de 10 anos de idade, que apresentava um aumento de volume da mastóide, de evolução progressiva, não acompanhada de outros sintomas. A T.A.C. revelou tratar-se de uma extensa lesão lítica da mastóide. Foi removido cirurgicamente, sem problemas, em colaboração com a neurocirurgia, um quisto solitário unicameral, trilobulado, que adería à meninge da fossa posterior e lesava o seio lateral. Foi feita também uma revisão da literatura sobre o problema.

## **SINDROMA DE APNEIA OBSTRUCTIVA DO SONO - estudo retrospectivo de 25 casos**

Melo A, Martins I, Rebelo V.

Serviço 5. Hospital de Dona Estefânia. Reunião Clínica do Serviço 5. Novembro 1996.

**RESUMO:** Os autores fazem estudo retrospectivo de 25 crianças, internadas no Hospital de Dona Estefânia, com Síndrome de apneia obstructiva do sono, entre 1 de Janeiro de 1993 a 31 de Dezembro de 1994.

Neste trabalho foram estudados os seguintes parâmetros: a idade, o sexo, a patologia associada, a idade do início da sintomatologia, as manifestações clínicas antes e após tratamento cirúrgico, o tipo de tratamento cirúrgico e o «follow-up». Dos resultados obtidos salienta-se: a idade das crianças estava compreendida entre os 18 meses e os 9 anos, com 60% dos casos entre os 2 - 3 anos; há predominio do sexo masculino, 15 casos. De referir 3 casos de patologia associada: atraso psicomotor e hiperlaxidão ligamentar; tetralogia de Fallow operada; laringomalácia e mielomeningocele com derivação ventriculo-peritoneal. O início da sintomatologia é precoce - 5 casos ao nascimento e 9 casos entre os 6 e os 12 meses de vida. Relativamente às manifestações clínicas, a roncopatia surgiu em 100% dos casos, a respiração oral em 96%, a agitação motora nocturna, a má progressão ponderal e o posicionamento preferencial em 80%, a disfagia em 68% e a irritabilidade diurna em 40%. Todas as crianças foram submetidas a tratamento cirúrgico: 4 a adenoidectomia, 13 a adenoamigdalectomia, 4 a adeno + amigdalectomia unilateral, 4 a revisão de adenoidectomia + amigdalectomia. Não houve complicações pós operatórias imediatas ou tardias. O resultado num «follow-up» de 6 meses, é de melhoria da apneia e da disfagia em 100% dos casos, da roncopatia em 92%, da progressão ponderal e do posicionamento em 90% e da respiração oral em 80%.

Conclui-se que a idade de início da sintomatologia é precoce, a melhoria da apneia e disfagia, após tratamento cirúrgico, é imediata e completa.

## SARCOMA UTERINO - A propósito de um caso clínico

Sousa F.  
Maternidade Magalhães Coutinho  
Reunião Clínica da M. M. C. Fevereiro 1996.

**RESUMO:** Os sarcomas uterinos são tumores relativamente raros de origem mesodérmica. Constituem 2-6% das neoplasias malignas do útero.

Os sarcomas surgem geralmente depois dos 40 anos e disseminam-se por extensão directa e por via hematogénica ou linfática. Na sua generalidade os sarcomas têm mau prognóstico.

Existe uma incidência mais alta de sarcomas uterinos, principalmente Tumores Mullerianos Mistos, após a exposição a Radioterapia Pélvica.

O autor apresenta o caso de uma mulher de 53 anos com história de Menorragias desde há 4 anos, a quem fora diagnosticado um Mioma uterino. A paciente foi submetida a Histerectomia Total com Anexectomia Bilateral e o Exame Histológico da peça operatória revelou um Tumor Mulleriano Misto Heterólogo.

A propósito deste caso clínico ocorrido na M.M.C., em 1995, o autor fez uma breve revisão da classificação dos Sarcomas Uterinos (Quadro), assim como da sua formação de apresentação clínica, diagnóstico, disseminação e tratamento.

*Quadro* : Classificação de Ober para os sarcomas uterinos

	Homólogos	Heterólogos
<b>Puros</b> (mesenquimatosos)	Leiomiossarcoma Sarcoma do estroma Angiossarcoma Fibrossarcoma	Rabdomiossarcoma Condrossarcoma Osteossarcoma Lipossarcoma
<b>Mistos</b> (mesenq.+epiteliais)	Carcinossarcoma	T. Mulleriano misto

**DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA DAS LESÕES PRÉ-MALIGNAS DO COLO,  
VAGINA E VULVA: Perspectiva de uma racionalização dos meios**

Nunes M, Cardoso F, Costa C, Videira I.

Hospitais Cívicos de Lisboa - Hospital Dona Estefânia - Maternidade Magalhães Coutinho

II<sup>as</sup> Jornadas do Serviço de Ginecologia do Hospital Distrital do Barreiro. Fevereiro. Março 1996.

**RESUMO:** Os A.A. apresentam uma revisão de 18 meses da Consulta de Colo pertencente à Consulta de Ginecologia da Equipa da Dr.<sup>a</sup> Filomena Videira da Maternidade Magalhães Coutinho.

As doentes submetidas a Colposcopia, Vulvosscopia, Colheita de esfregaço para Citologia, Biópsia dirigida e Terapêutica Destrutiva (Criocirurgia) e /ou Terapêutica Cirúrgica executada no Bloco Central do Serviço de Ginecologia da Maternidade.

Encontrou-se uma discordância entre os graus citológicos e histológicos em cerca de 40% dos casos contrapondo com uma nítida concordância entre os dados da Biópsia dirigida e os da peça operatória.

A avaliação colposcópica forneceu informações que relacionadas com o grau histológico pareceram bastante consistentes, não se encontrando correlação nítida com os achados citológicos.

Os resultados encontrados parecem denotar uma boa qualidade no diagnóstico e a vigilância posterior das doentes parece indicar uma qualidade terapêutica adequada.

À demora e burocracia do internamento e aos custos de utilização do Bloco Operatório sugere-se uma alternativa sem prejuízo da qualidade terapêutica em condições pré-seleccionadas de «técnicas de gabinete» em ambulatório.

## SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLIQUÍSTICOS - experiência da consulta de endocrinologia ginecológica da M. M. C.

Sousa F.

Maternidade Magalhães Coutinho

Reunião Clínica da M. M. Coutinho, Maio 1996.

**RESUMO:** O autor faz uma breve revisão teórica da evolução do conceito de Ovário Poliquístico.

Com base na análise de 50 processos da consulta de endocrinologia ginecológica da Maternidade Magalhães Coutinho (M.M.C.), o autor avalia a prevalência das alterações clínicas, hormonais e morfológicas, actualmente relacionadas com o Síndrome dos Ovários Poliquísticos (S.O.P.).

Finalmente avalia especificamente a relação da hiperinsulinémia com o índice ponderal e o hiperandrogenismo. Conclui que para valores mais altos de insulina e frequência de mulheres não obesas é maior, o que apoia a ideia de que é mais importante despistar um hiperinsulinismo numa mulher magra com ovários poliquísticos, que numa mulher obesa onde esse hiperinsulinismo pode ser apenas secundário à sua obesidade.

Termina fazendo uma reflexão sobre a importância do despiste destas alterações na prática de uma medicina preventiva ao serviço da Mulher.



## INFECÇÃO GENTAL A CHLAMYDIA TRACHOMATIS EM JOVENS DA CONSULTA DE ADOLESCENTES DA MATERNIDADE MAGALHÃES COUTINHO

Coutinho S, Sousa I, Leitão C, Catry M.

Maternidade Magalhães Coutinho - Hospital de Dona Estefânia (Dir. Dr. Meleiro de Sousa)

Laboratório de Bacteriologia do Instituto Ricardo Jorge.

Maio 1996.

**RESUMO:** A infecção a *Chlamydia trachomatis* tem sido considerada a causa mais frequente de doença inflamatória pélvica e conseqüentemente um factor major de sub-fertilidade e infertilidade.

A prevalência desta infecção tem aumentado nos adultos jovens comparativamente aos outros grupos etários, sendo em certos países o maior grupo de risco as mulheres entre os 15 e os 24 anos.

Como os sintomas estão frequentemente ausentes e, quando existem, são inespecíficos, o diagnóstico baseia-se nos testes laboratoriais.

A nossa equipa englobou 100 jovens que frequentaram a consulta de adolescentes da M.M.C., no período entre Outubro de 1993 e Outubro de 1995, independentemente das queixas ou sinais clínicos de infecção.

Efectuaram-se duas colheitas de amostras endocervicais respectivamente para cultura (linha celular Mc Coy) e P.C.R..

Caracterizaram-se dados epidemiológicos, dados da história sexual e outros factores de risco para D.S.T., no grupo das jovens estudadas.

Obtiveram-se oito colheitas positivas (8%) para infecção cervical por *Chlamydia trachomatis*, determinando-se posteriormente o serodiagnóstico.

O número limitado da amostra com infecção não permitiu a obtenção de uma avaliação estatística dos resultados, mas os autores constataram que nos casos positivos, a média do tempo de vida sexual e do número de parceiros sexuais, era superior à média das restantes jovens.

## HISTERECTOMIA VAGINAL VERSUS HISTERECTOMIA ABDOMINAL Estudo Retrospectivo (1992 - 1995)

Silva C, Assunção N.

Maternidade Magalhães Coutinho

VII Congresso Português de Ginecologia. Coimbra. Julho 1996.

**RESUMO:** Tendo como objectivo a comparação entre a histerectomia vaginal e a abdominal, analisámos retrospectivamente, 527 casos de histerectomia, 329 (62,4%) vaginais, incluindo laparoscopicamente assistidas e 198 (37,6%) abdominais, realizadas entre 1992 e 1995.

Avaliámos vários parâmetros: idade, indicação operatória, duração média da cirurgia e do internamento, complicações intra e pós-operatórias, grau de satisfação e queixas referidas pela doente na consulta de pós-operatório. Nas situações de mioma uterino averiguámos ainda o uso de agonistas, bem como o volume de útero antes e após esta terapêutica. Por último, estudámos a evolução da técnica cirúrgica, preferencialmente utilizada, ao longo dos quatro anos.

Os resultados demonstraram, para a via vaginal, menor duração da cirurgia e do internamento, melhor bem estar no pós-operatório, convalescença rápida, retorno precoce à vida activa, aspecto estético superior, menor morbilidade e mortalidade.

Concluímos que, a histerectomia vaginal (incluindo a laparoscopicamente assistida - HVLA) deve ser implementada, optando sempre que possível por esta via de abordagem, reservando a laparotomia para os casos em que a via vaginal está contra-indicada. Isto implica o alargamento das indicações, e o domínio da histerectomia vaginal, bem como, o desenvolvimento de técnicas que permitam a extracção de úteros volumosos,  $\geq 12$  semanas, por via vaginal (morcelagem, hemissecção uterina e HVLA). De salientar ainda o contributo imprescindível da laparoscopia à cirurgia vaginal nas situações de patologia anexial e aderências.

## CONIZAÇÕES - Estudo Retrospectivo de 18 anos (1978 - 1995)

Silva C, Pires N.

Maternidade Magalhães Coutinho

Jornadas de Ginecologia do Hospital de São Bernardo. Setúbal. Novembro 1996. (1.º Prémio - Comunicação Livre).

**RESUMO:** Os autores tiveram como objectivo realçar a importância da conização no estudo da patologia cervical.

Analisaram, retrospectivamente, 239 processos de doentes submetidas a conização, entre 1978 - 1995 (18 anos), vigiadas na Consulta de Colposcopia da Maternidade Magalhães Coutinho.

Avaliaram parâmetros epidemiológicos, indicação para conização, imagem colposcópica, resultados cito-histológicos, conduta e catamnese.

A principal indicação para conização foi o achado na biópsia de CIN III (58,5%) e CIN II (35,5%). As imagens colposcópicas mais frequentes foram o branqueamento (28%), a base (25%) e o mosaico (16%). As citologias foram negativas em 44%, tendo 35% revelado lesão intraepitelial; 7% foram positivas para células neoplásicas. As biópsias evidenciaram CIN em 88% e carcinoma em 5,6%. Quanto às peças de conização, 64% mostraram CIN e 10% carcinoma.

No nosso estudo a conização foi diagnóstica e terapêutica em 74% dos casos, que se mantiveram sob vigilância, e apenas diagnóstica em 26%, tendo sido proposta histerectomia.

Concluimos que a conização teve um papel fundamental no estudo e tratamento das lesões do colo uterino.

**FACTORES DE RISCO PARA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL**  
**Experiência da Consulta de Colposcopia da MMC**

Redondo L, Ferreira P, Coutinho S, Pires N,  
Maternidade Magalhães Coutinho

Jornadas de Ginecologia do Hospital de São Bernardo - Patologia do Colo Uterino. Setúbal. Novembro  
1996.

**RESUMO:** A Neoplasia Cervical é a patologia maligna mais frequente na mulher, sendo passível de ser detectada nos estádios pré invasivos.

Os autores efectuam uma breve revisão teórica da etiopatogenia.

Com base na análise retrospectiva de 50 processos da consulta de Colposcopia da Maternidade Magalhães Coutinho, os autores avaliam a importância dos factores de risco descritos na literatura.

Destacam a elevada incidência de lesões, intraepiteliais de alto grau (70%), nomeadamente de CIN III (44%) entre as lesões displásicas.

Os autores confirmam, à semelhança da literatura, a importância da história sexual (70% das mulheres com início de vida sexual antes dos 20 anos) e uma relação significativa com a infecção a HPV, diagnosticada em 78% das mulheres.

## CARCINOMA DA VULVA - A propósito de um caso clínico

Leitão C, Filipe A, Sebastião H.

Serviço 3 de Cirurgia do Hospital de S. José

Maternidade Magalhães Coutinho - Hospital de D. Estefânia.

Reunião do Serviço de Cirurgia - Serviço 3 do Hospital de S. José. Dezembro 1996.

**RESUMO:** O carcinoma da vulva é uma neoplasia do tracto genital feminino com baixa incidência mas com prevalência crescente, devido provavelmente à exposição crescente ao Papiloma Vírus Humano.

O diagnóstico e terapêutica precoces são pontos fundamentais para a melhoria da sobrevivência nestas doentes.

Em 1993 procedeu-se no Serviço 3 a uma vulvectomia radical com linfadenectomia inguinal bilateral a uma doente com 65 anos com Carcinoma Epidermóide da Vulva - Estádio I, que se encontra presentemente sem doença clínica.

Os autores apresentaram o caso clínico que foi complementado com uma revisão dos aspectos etiológicos, histológicos e epidemiológicos desta patologia.

Com particular realce foram focados os aspectos terapêuticos - cirurgia, radioterapia e quimioterapia, tão discutidos na actualidade.

Por razões didácticas apresentaram um vídeo sobre vulvectomia radical com linfadenectomia inguinal bilateral superficial e profunda.

## INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO: Dinoprostona versus misoprostol

Sousa F, Ferreira A, Mahomed F, Campos O.

1.º Simpósio Internacional do Hospital Garcia Orta

**RESUMO:** Os autores efectuaram um estudo retrospectivo de 100 casos de Indução do Trabalho de Parto (P. T.) de Termo ocorridos na Maternidade Magalhães Coutinho em 1995.

Foram constituídos dois grupos consoante o método de indução do T.P.: Dinoprostona versus Misoprostol, ambos por via vaginal.

Os autores compararam os dois grupos quanto às suas características (idade materna, paridade, idade gestacional, Índice de Bishop, tempo de latência, tempo de T.P. activo, tipo de parto e morbilidade materna e fetal).

Concluíram que ambos os métodos são eficazes com diferenças não significativas em determinados parâmetros.

## HISTERECTOMIA E SEXUALIDADE

Ferreira A, Sousa F, Mahomed F, Campos O.

Colaborador: Pacheco.

Maternidade Magalhães Coutinho - Hospital de Dona Estefânia, 1996.

**RESUMO:** A histerectomia representa para a mulher, fonte de ansiedade em relação à sua vida sexual.

Perante a escassez de artigos publicados que versem a sexualidade pós-histerectomia, os autores propuseram-se efectuar um estudo prospectivo, no qual questionaram 50 mulheres sobre o desempenho sexual antes e após a histerectomia.

Com o objectivo de determinarem qual a técnica cirúrgica que implicaria mais frequentemente diminuição da «satisfação sexual global», analisaram 4 variáveis:

- histerectomia abdominal versus histerectomia vaginal
- histerectomia com ou sem ablação dos anexos.

Verificaram que cerca de 18% das mulheres referiam diminuição da «satisfação sexual global», mas que destas, em 66% o desinteresse se tinha iniciado pelo parceiro.

**CASUÍSTICA DA CONSULTA DE INFERTILIDADE  
DA MATERNIDADE MAGALHÃES COUTINHO (1993 - 1995)**

Ferreira P, Matos T, Silva M, Cristóvão B, Gonçalves S.  
Maternidade Magalhães Coutinho  
I Jornadas de Ginecologia do Hospital de Grão Vasco de Viseu

**RESUMO:** Os autores efectuaram uma análise retrospectiva de 556 casais que recorreram à Consulta de Infertilidade da Maternidade Magalhães Coutinho (M. M. C.), no período de 1993 a 1995.

Estudaram os factores de infertilidade, as terapêuticas instituídas e a prevalência de gravidez.

Concluíram que o desequilíbrio hormonal foi a causa mais frequente de infertilidade, que o citrato de clomifeno foi a terapêutica mais utilizada e que a prevalência de gravidez foi de 17,6% (98 casos).



## **TUMORES DO OVÁRIO EPITELIAIS E NÃO EPITELIAIS - revisão dos 2 473 casos de ooforectomia ocorridos na M. M. C. entre 1989 e 1995**

Sousa F, Redondo L, Mahomed F, Marcos F.

Maternidade Magalhães Coutinho e Serviço de Anatomia Patológica do Hospital de S. José

**RESUMO:** OBJECTIVOS - O cancro do ovário é a segunda patologia maligna mais frequente no tracto genital feminino, e contribui para 4% de todos os cancros na mulher. Os autores propõem-se avaliar a distribuição qualitativa e quantitativa dos tumores do ovário operados na Maternidade Magalhães Coutinho (M. M. C.).

**MATERIAL E MÉTODOS** - Com a colaboração do Serviço de Anatomia Patológica do Hospital de S. José, os autores efectuaram uma revisão de 2 473 casos de ooforectomia ocorridos na M.M.C., entre 1989 e 1995 (7 anos). Classificaram os vários tipos de tumor detectados e compararam a sua frequência com a referida na literatura.

**RESULTADOS** - Encontraram 757 tumores do ovário: 608 (80%) Epiteliais e 149 (20%) Não Epiteliais. Os tumores não epiteliais mais frequentes foram os das Células Gerninais (13%) seguidos dos Tumores dos Estroma (5%) e dos Tumores Metastáticos (2%). Considerando apenas os tumores malignos (52 casos), os tumores Epiteliais contribuíram com 63,5% e os Não Epiteliais com 13,5%. Os restantes 23% eram tumores Metastáticos.

**CONCLUSÕES** - A distribuição encontrada revelou um número de Tumores Malignos Não Epiteliais ligeiramente superior ao esperado, pois na literatura estes constituem apenas 10% dos tumores malignos do ovário.

## NÚCLEO DE ICONOGRAFIA DO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA

### Actividade do ano de 1996

Estrada J, Gama L, Gomes-Costa G.

**RESUMO:** O Núcleo de Iconografia tem mantido, desde há cerca de 4 anos (Fevereiro de 1993), uma recolha continuada de documentação científica de diferentes patologias, sob a forma de registos fotográficos. Foram registados e arquivados, até agora, cerca de 6300 slides, estando 600 digitalizados em fotoCD.

Com a realização de «sessões de iconografia», tem igualmente efectuado uma apresentação regular do material recolhido. Em 1996 foram realizadas 6 sessões hospitalares, sendo uma Internacional, num total de cerca de 900 slides apresentados. Com a cedência de cerca de 280 slides, o Núcleo de Iconografia colaborou durante este ano, em 26 comunicações científicas das quais 18 extra-hospitalares.

A patologia registada em 1996, corresponde essencialmente aos seguintes grupos nosológicos (classificação I. C. D. 9) Doenças Infecciosas e Parasitárias 32%; Defeitos Congénitos 17,6%; Doenças Aparelho Respiratório 7,2%; Doenças Endócrinas, Nutricionais, Metabólicas e Imunológicas 6,4%; Lesões Traumáticas 5,6%; Doenças do Sistema Nervoso Central 5,6% e Doenças Neoplásicas 5,6%, etc.

Os Serviços / Unidades que até agora mais contribuíram para a recolha de imagens foram: Unidade de Recém-Nascidos de Alto Risco e Berçário 19,5%; Unidade de Doenças Infecto-Contagiosas 14,3%; Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 14,1%; S1 S4 / Hematologia 12,2%; Serviços de Cirurgia 8,8%; Serviço de Urgência 7,6%; Unidade de Neurologia 4,9% e Consulta Externa de Pediatria Médica 4,8%. Correspondem a exames imagiológicos 5,2% dos registos (217 Radiografias, 60 TAC e 23 ecografias) e a procedimentos técnicos 1,3% dos registos.

## NÚCLEO DE ICONOGRAFIA DO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA

### Lista alfabética das imagens

SLIDE N.º	TÍTULO	SLIDE N.º	TÍTULO
480	ABCESSO SUB-FRÊNICO	557	ANGINA DE LUDWIG
481	ABCESSO SUB-FRÊNICO (RX)	558	ANGINA DE LUDWIG
482	ABCESSO SUB-FRÊNICO (TAC)	666	ANGIOMA PLANO-DEFORM CRANIO
982	ACIDENTE ARMA FOGO	467	ANGIOMATOSE HEP. - PEÇA OPERAT.
1003	ACIDENTE VIAÇÃO - CINTO-DENTES	466	ANGIOMATOSE HEPÁTICA-ANGIOGRF.
971	ACONDROPLASIA	465	ANGIOMATOSE HEPÁTICA / GERAL
62	ACONDROPLASIA (FACE)	1045	ANOMALIA VERTEBRAL.COMPLEXA-RX
64	ACONDROPLASIA (GERAL)	1039	ANOMALIAS VERTEBRAIS
63	ACONDROPLASIA (MÃO)	564	APENDICE AURICULAR
972	ACONDROPLASIA - RX	824	APÊNDICES COSTAIS C7 RX
825	ADENITES CERVICAIS - 2 CASOS	531	APLASIA CUTIS CONGENITA RN
618	ADENOFLEIMAO	1095	AR CIRCUL. PORTA NEC IIIA RX
575	ADENOFLEIMÃO (2)	1148	ARTRITE CRON. JUVENIL KOEBNER
555	ADENOFLEIMAO CERVICAL	1033	ARTRITE CRON.JUV. - F. SISTÊMICA
556	ADENOFLEIMAO CERVICAL	1149	ARTRITE CRONICA JUVENIL
845	ADENOFLEIMAO CERVICAL	1150	ARTRITE CRONICA JUVENIL - RX
50	ADENOFLEIMAO CERVICAL	720	ARTRITE JOELHO-SEPSIS
401	ADENOFLEIMAO CERVICAL (SIDA)	721	ARTRITE JOELHO-SEPSIS
566	AFALANGIA PARCIAL	377	ARTRITE REUMATOIDE
35	AGENESIA BILATERAL POLEGARES	164	ARTROGRIPOSE-GERAL-CARA-PESCOC
220	AGENESIA CENTRO FRÊNICO (CIR.)	789	ARTROGRIPOSIS MULTIPLEX CONG.
221	AGENESIA CENTRO FRÊNICO - RX	227	ARTROPAZIA-HEMOFILIA B
1048	AGENESIA PARCIAL CLAVICULAS - RX	228	ARTROPAZIA-HEMOFILIA B
494	AGENESIA PULMÃO DIR.	418	ASP. C. ESTRANHO - PULMÃO CHOQUE
983	AGRESSÃO ARMA BRANCA	419	ASP. C. ESTRANHO - PULMÃO CHOQUE
842	ALERGIA CUTÂNEA-IMPÉTIGO	69	ASPIRAÇÃO CORPO ESTRANHO - RX
390	ALERGIA PROT. LEITE VACA	70	ASPIRAÇÃO CORPO ESTRANHO - RX
1050	ALONGAMENTO M. INFERIORES	68	ASPIRAÇÃO CORPO ESTRANHO - FACE
569	ALT. PADRÃO CAPILAR-REMOINHOS	71	ASPIRAÇÃO CORPO ESTRANHO - FACE
552	ALTERAÇ. VASO-MOTORAS	1021	ASPIRAÇÃO CORPO ESTRANHO RX
242	ALTERAÇÕES VASOMOT-ARLEQUIM	1127	ASTROCITOMA TIPO I
710	AMELIA	1128	ASTROCITOMA TIPO I - TAC
1044	AMOMALIA VERTEBRAL.COMPLEXA	175	ATAXIA CEREBELOSA CONGENITA-7
1133	AMPUTAÇÃO	792	ATAXIA TALANGIECTÁSIA
54	ANASARCA (2 RN UM BEM)	118	ATAXIA TELANGIECTASICA
55	ANASARCA (RN NORMAL)	616	ATELECTASIA PULMONAR
660	ANEMIA FANCONI	761	ATRESIA ANORECTAL
914	ANEMIA HEMOLIT.AUTO-IMUNE	762	ATRESIA ANORECTAL-RX-CO
548	ANEMIA HEMOLITICA	1118	ATRESIA ANORECTAL / ESOFAGO
549	ANEMIA HEMOLITICA	1116	ATRESIA CHOANAS
665	ANEMIA MEGALOBLASTICA	1117	ATRESIA CHOANAS
664	ANEMIA PLURICARENAL	300	ATRESIA CHOANAS BILATERAL
356	ANEUR. CORONARIAS-ENF. MIOC-ECO	758	ATRESIA DUODENAL

756	ATRESIA DUODENAL-RX	889	CELULITE PERIORBITARIA
757	ATRESIA DUODENAL RX	619	CELULITE PERIORBITARIA
214	ATRESIA ESOFAGO (RN)	846	CELULITE TORNOZELO ESQ.
544	ATRESIA VIAS BILIARES	930	CHOQUE SEPTICO-S. DOWN
545	ATRESIA VIAS BILIARES	745	CLINODACTILIA COMPLETA-MÃOS
1016	ATRESIA VIAS BILIARES	769	CMV CONGÊNITO-MICROCEFALIA
733	ATRESIA VIAS BILIARES IIIa	770	CMV CONGÊNITO-MICROCEFALIA
734	ATRESIA VIAS BILIARES IIIa	1092	COLAPSO PERI-MESENFALICA
217	ATRÉSIA ESOFAGO	53	CONDYLOMA ACUMINATUM (PERINEO)
216	ATRÉSIA ESOFAGO RN	505	CONJUNTIVITE HERPÉTICA (2)
215	ATRÉSIA ESOFAGO RX	763	CONVULSÃO TÔNICA
1125	AVC-OCCLUSÃO CEREBRAL MÉDIA	479	COREIA SYDENHAM-FR
1126	AVC-OCCLUSÃO CEREBRAL MÉDIA - TAC	266	CORPO ESTRANHO ESOFAGO
649	B TALASSEMIA	257	CORPO ESTRANHO PULMONAR
653	B TALASSEMIA - CRANIO - RX	258	CORPO ESTRANHO PULMONAR - RX (2)
654	B TALASSEMIA - CRANIO - RX	303	CPAP NASAL
650	B TALASSEMIA - ESPLENECTOMIA	301	CRANIUM BIFIDUM - MENINGOCELO
651	B TALASSEMIA - FACES	697	CRIANÇA BATIDA
652	B TALASSEMIA - FACES	953	CRIANÇA BATIDA (2 IRMÃOS)
655	B TALASSEMIA - QUEILANTE	1067	CRIANÇA BATIDA - EQUIMOSE
744	B.C.G.	1068	CRIANÇA BATIDA - HEMATOMA
267	BCG - DUPLA	1002	CRIANÇA MALTRATADA
931	BECEGITE - SIDA	1088	CROSSA DA AZIGOS - RX
275	BECEGITE-ADENITE-SIDA	626	CUTIS LAXA
851	BECEGITE-SIDA	100	CUTIS MARMOREATA TELANGIECTASI
262	BOTULISMO	947	D. CELIACA
263	BOTULISMO	279	D. CHARCOT-MARIE-TOOTH
771	BRAQUICEFALIA	591	D. GRANULOMATOSA CRÔNICA
866	BRONCOGRAFIA .../ATELECTASIA	850	D. GRANULOMATOSA CRÔNICA
1084	CANAL ART. PERSISTENTE - CIR - TECN	1070	D. GRANULOMATOSA CRÔNICA
311	CARDIOPATIA - INSUF. TRICUSPÍDA	422	D. HODGKIN
312	CARDIOPATIA CONG. GRAVE - I. TRIC.	423	D. HODGKIN-ECO ABDOMINAL
703	CARDIOPATIA CONG.-S-DOWN (RX)	424	D. HODGKIN-EX TORAX
957	CARDIORRESPIROGRAMA	361	D. HURLER (2 CASOS)
1097	CAT. SUB-CLAVIA - TÉCNICA	456	D. KAWASAKI (6 CRÍT. MAJOR)
128	CATARATA CONGÊNITA	198	D. LIEL? - BOCA
363	CATARATAS CONGÊNIT-GALACTOSÊM.	195	D. LIEL? - CARA
324	CATETER ART. UMB-ALT. VASOMOTORA	197	D. LIEL? - GERAL
955	CATETER ART. RADIAL.	196	D. LIEL? - MÃO
856	CAVERNOMA PORTA-CIRURGIA	199	D. LIEL? - OLHO
855	CAVERNOMA PORTA-RX	384	D. LYELL
247	CEFALO-HEMATOMA - RX	365	D. LYELL
245	CEFALO HEMATOMA	386	D. LYELL (BIÓPSIA)
246	CEFALO-HEMATOMA	305	D. MEMBRANA HIALINA - RN
333	CELULITE ABDOMINAL.	684	D. MEMBRANA HIALINA - RX
507	CELULITE DA FACE	683	D. MEMBRANA HIALINA - IMATURIDADE
508	CELULITE DA FACE	306	D. MEMBRANA HIALINA - RX PRE-POS
928	CELULITE ESTAFILOCÓCICA	1079	D. OLLIER - ENCONDROMATOSE
204	CELULITE PERI-ORBITARIA	1080	D. OLLIER - ENCONDROMATOSE - RX
509	CELULITE PERIORBITARIA	908	D. PULMONAR CRÔNICA
888	CELULITE PERIORBITARIA	581	D. SCHEUERMANN

582	D. SCHUEFERMANN	990	DOENÇA WEBER-CHRISTIAN
648	D. VON WILLEBRAND	1137	DOENÇA WEBER-CHRISTIAN
1069	D. WEBER-CHRISTIAN (PANICULITE)	1139	DOENÇA WEBER-CHRISTIAN-BIÓPSIA
365	DEF. ALFA 1 ANTIPRIPISINA	1138	DOENÇA WEBER-CHRISTIAN-ECO
563	DEFORMAÇÃO CRÂNIO-FACIAL	965	DRENAGEM I.CR - MENING. TUBERCUL.
932	DERMAT. FRALD. - GRAN. PERIN.-CAND.	658	DREPANOC.-PULMÃO DREPANOCITICO
397	DERMATITE ATÓPICA (2 CASOS)	657	DREPANOCITOSE - CRISE
398	DERMATITE ATÓPICA (2 CASOS)	659	DREPANOCITOSE - LESÕES ÓSSEAS
1065	DERMATITE CONTACTO	139	DUPLO ARCO AORTICO
887	DERMATITE FRALDAS-CANDIDIASE	140	DUPLO ARCO AORTICO - RX
550	DERMATITE TÓXICA	141	DUPLO ARCO AORTICO - RX - ESOFAGO
453	DERMATOMIOSITE	988	ECZEMA DISHIDROTICO
1034	DERMATOMIOSITE	32	ECZEMA HERPETICUM
376	DERMATOMIOSITE	874	ECZEMA HERPETICUM
833	DERMITE ATÓPICA	987	ECZEMA NUMULAR INFECTADO
740	DERMITE IMPETIGINADA	960	EDEMA CEREB. - MORTE CEREB. - TAC
526	DERRAME PERICARDICO	956	EMULSÃO LIPIDICA PERIFÉRICA
1151	DERRAME PERICARDICO - A.C.J. - RX	1030	ENCEFALITE HERPETICA
1152	DERRAME PERICARDICO - A.C.J. - ECO	1031	ENCEFALITE HERPETICA EEG
608	DERRAME PLEURAL - ESTAFILO.	462	ENCEFALOCELO FRONTAL.
609	DERRAME PLEURAL-ESTAFILO. (RX)	463	ENCEFALOCELO FRONTAL. (REM)
321	DESCAMAÇÃO LAMELAR	355	ENFARTE M-ANEURISMA C-EEG
322	DESCAMAÇÃO LAMELAR	354	ENFARTE M-ANEURISMA CORONÁRIAS
460	DESIDRATAÇÃO GRAVE/PREGA	1022	ENFISEMA LOB. SUP. DT.º
835	DESIDRATAÇÃO LETAL	1023	ENFISEMA LOB. SUP. DT.º - RX
836	DESIDRATAÇÃO LETAL.	1025	ENFISEMA LOB. SUP. DT.º - CINTIGRA.
834	DESIDRATAÇÃO-CETOACIDOSE	1024	ENFISEMA LOB. SUP. DT.º TAC
304	DESNUTRICÃO - GUERRA ANGOLA	176	ENFISEMA LOBAR CONGÉNITO - RX
298	DEXTROCARDIA	177	ENFISEMA LOBAR CONGÉNITO - RX
299	DEXTROCARDIA	178	ENFISEMA LOBAR CONGÉNITO - TAC
346	DIALISE PERITONEAL	179	ENFISEMA LOBAR CONGÉNITO - TAC
41	DISMATURIDADE TIPO I	180	ENFISEMA LOBAR CONGÉNITO - TAC
135	DISMATURIDADE TIPO III	181	ENFISEMA LOBAR CONGÉNITO - TAC
793	DISPLASIA ECTODERM. HIPOHIDRO.	473	ENFISEMA SC - TRAUMA PARTO...
715	DISPLASIA FIBROSA POLIOST (RX)	537	ENFISEMA SUBCUTÂNEO
714	DISPLASIA FIBROSA POLIOSTOTICA	538	ENFISEMA SUBCUTÂNEO
859	DISPLASIA RENAL QUISTICA	898	ENTEROVIRUS NÃO POLIO-EXANTEMA
862	DISPLASIA RENAL QUISTICA-CIR	229	EPENDIMOMA
861	DISPLASIA RENAL QUISTICA-ECO	230	EPENDIMOMA - TAC
860	DISPLASIA RENAL QUISTICA-RX	129	EPICANTUS
706	DISPLASIA TANATROFICA	130	EPICANTUS COM ESTRABISMO
782	DISTROF. MUSCUL. DUCHENE - 3 IRM.	99	EPIDERMOLISE BOLHOSA
999	DISTROF. MUSCULAR - T. BECKER	1120	EPIDERMOLISE BOLHOSA
1000	DISTROF. MUSCULAR - T. BECKER	1052	EPIFISIOLISE FEMURAL BILAT. - RX
468	DISTROFIA DUCHIENE	1051	EPIFISITE ESCAFOIDE - RX
469	DISTROFIA DUCHIENE	989	EPULIS
979	DISTROFIA MIOTONICA	265	ERITEMA MULT. HERPES RECIDIV.
980	DISTROFIA MUSCULAR CONGÉNITA	906	ERITEMA FIXO ASPIRINA
936	DIVERTICULO AURICULA DT.ª	287	ERITEMA INFECCIOSO
119	DOENÇA CELIACA	457	ERITEMA INFECCIOSO (2 CASOS)
1001	DOENÇA DE STARTLE	458	ERITEMA INFECCIOSO (2 CASOS)

20	ERITEMA INFECCIOSO - D. BOFETADA	1060	F. ESCARO-NODULAR-LESÃO PRIMAR.
1153	ERITEMA MARGINATUM - F. REUMÁTICA	1061	F. ESCARO-NODULAR-TACHE NOIR
239	ERITEMA MULTIFORME	380	FACOMATOSE (?)
907	ERITEMA NODOSO	1142	FASCEITE EOSINOFILICA-MORFEA
382	ERITEMA NODOSO (PRIMO-INF)	1141	FASCEITE NECROS.-VARICELA-RMN
726	ERITEMA TÓXICO (TEGRETOL)	1140	FASCEITE NECROSANTE - VARICELA
33	ERITEMA TÓXICO / NEONATORUM	252	FEBRE ESCARO NODULAR
743	ERUPÇÃO DENTÁRIA PRENATAL	1059	FEBRE ESCARO-NODULAR-«CARRAÇA»
873	ERUPÇÃO VARICELIFORME KAPOSI	223	FEBRE REUMÁTICA
282	ESCABIOSE	224	FEBRE REUMÁTICA
472	ESCABIOSE INFECTADA	732	FECALITO APENDICULAR
847	ESCABIOSE INFECTADA	731	FECALITO APENDICULAR-RX
986	ESCABIOSE-LESÃO TÍPICA	937	FENDA LABIO-PALATINA
332	ESCARLATINA	98	FENDA PALATINA
829	ESCARLATINA	918	FENOM. KOEBNER - A C. JUVENIL
527	ESCARLATINA ESTAFILOCOCCICA	142	FIBROSE QUÍSTICA - CARA
528	ESCARLATINA ESTAFILOCOCCICA	143	FIBROSE QUÍSTICA - MÃOS
1037	ESCARLATINA ESTAFILOCOCCICA	144	FIBROSE QUÍSTICA - RX
201	ESCARLATINA - LESÕES CUTÂNEAS	751	FIBROSE QUÍSTICA-RX
553	ESCARLATINA - LÍNGUA FRAMBOESA	753	FIBROSE QUÍSTICA-RX
200	ESCARLATINA - PLASTIA - S. S. CHARLTO	145	FIBROSE QUÍSTICA - TAC TORAX
621	ESCARLATINA / VARICELA	991	FISSURA PERINEAL CONGÊNITA
656	ESFEROCITOSE	750	FISTULA TRAQUEO-ESOFÁGICA-TAC
821	ESTAFILOCOCCIA CUTÂNEA-RN	567	FOCOMELIA DISTAL
1132	ESTAFILOCOCCIA P. - PULMONAR - RX	707	FOCOMELIA DISTAL
1094	ESTENOSE COLICA-NECROSA - C. OPAC	709	FOCOMELIA DISTAL
872	ESTOMAT. HERP. REC. - ERIT. MULTIF.	708	FOCOMELIA DISTAL (RX)
926	ESTOMATITE HERPÉTICA	570	FOSSETA SACRO COCCIGEA
848	ESTROFULO BOLHOSO	804	FOTODOSIMETRO D H. ANTI D - RN
165	EVENTRAÇÃO DIAFRAG-RX PRE-OP	476	FRACT. BAÇO COLA BIOLOGICA
492	EVENTRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA	593	FRACTURA PÂNCREAS
493	EVENTRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA	594	FRACTURA PÂNCREAS (TAC)
899	EXANTEMA GENERALIZADO	362	GALACTOSEMIA
184	EXANTEMA MACULOP-ARTRITE JOELH	169	GANGLIONEUROBLASTOMA-ABDOMEN
897	EXANTEMA MACULOPAPULAR ACRAL	170	GANGLIONEUROBLASTOMA-TAC
182	EXANTEMA MACULOPAPULAR-CARA	43	GASTROSQUISIS
183	EXANTEMA MACULOPAPULAR-PERNA	102	GEMEAS SIAMESAS
21	EXANTEMA MORBILIFORME DO RN	103	GEMEAS SIAMESAS
901	EXANTEMA PETEQUIAL GENERALIZAD	87	GEMEAS SIAMESAS - PICOFAGA-POS.
60	EXANTEMA SUBITO	86	GEMEAS SIAMESAS - PICOFAGAS
61	EXANTEMA SUBITO	428	GENGIVO-ESTOMATITE ( 2 CASOS)
903	EXANTEMA URTICARIFORME	426	GENGIVO ESTOMATITE HERPETICA
554	EXANTEMA VIRICO	427	GENGIVO ESTOMATITE HERPETICA
342	EXOSTOSE MÚLTIPLA	813	GENU RECURVATUM - RN
343	EXOSTOSE MÚLTIPLA - RX	562	GENU RECURVATUM (DEFORMAÇÃO)
912	EXPRETERMO 28 S - AOS 4 ANOS	669	GENU VARUS
104	EXTROFIA VESICAL	805	GIG-POLIMONITORIZADO-HPP-RN
459	EXTROFIA VESICAL	1136	GAUCOMA CONGÊNITO
1062	F. ESCARO-NODULAR - EXANTEMA	357	GLICOGENOSE HEPÁTICA - V. GIERKE

358	GLICOGENOSE HEPÁTICA - BIÓPSIAS	996	HEMOSSIDEROSE PULMONAR
359	GLICOGENOSE - D. POMPE	997	HEMOSSIDEROSE PULMONAR-RX
360	GLICOGENOSE D. POMPE - CARDIOMEG	998	HEMOSSIDEROSE PULMONAR-TAC
1077	GRANULOMA ANULAR	1089	HEMOTORAX (POS-CATETER SC)
295	GRANULOMA EOSINOFILO	375	HEPATOBLASTOMA
695	GRANULOMA EOSINOFILO	681	HERNIA DIAF. ESQ. - 6 MESES
696	GRANULOMA EOSINOFILO (RX)	682	HERNIA DIAF. ESQ. - 6 MESES (RX)
296	GRANULOSA EOSINOFILO	160	HERNIA DIAFRA-GEMEOS-RX POS-OP
748	H. DIAFRAG. MORGAGNI (S. DOWN)	163	HERNIA DIAFRA-GEMEOS-RX POS-OP
749	H. DIAFRAG. MORGAGNI - (S. DOWN)	162	HERNIA DIAFRA-GEMEOS-RX-PRE-OP
1032	H. ZOOSTER AURIC. S. RAMSAY HUNT	158	HERNIA DIAFRA-GEMEOS-RX-PRE
328	HALLUX BIFIDUS	573	HERNIA DIAFRAGM DIR (RX)
329	HALLUX BIFIDUS-RX	572	HERNIA DIAFRAGM DIREITA
136	HEMANGIOMA	534	HERNIA DIAFRAGMÁTICA
671	HEMANGIOMA	535	HERNIA DIAFRAGMÁTICA
89	HEMANGIOMA CAVERNOSO TIMO-FACE	218	HERNIA DIAFRAGMÁTICA (BOCHD.)
90	HEMANGIOMA CAVERNOSO TIMO-RX	219	HERNIA DIAFRAGMÁTICA - RX
91	HEMANGIOMA CAVERNOSO TIMO-TAC	627	HERNIA DIAFRAGMÁTICA (CUTIS L.)
92	HEMANGIOMA CAVERNOSO TIMO-TAC	161	HERNIA DIAFRAGMÁTICA - 2.º GEMEO
46	HEMANGIOMA DA FACE	156	HERNIA DIAFRAGMÁTICA -POS-CIRUR
741	HEMANGIOMA PLANO	159	HERNIA DIAFRAGMÁTICA - RN POS-OP
1154	HEMANGIOMA ULCERADO	155	HERNIA DIAFRAGMÁTICA - RX PRE
892	HEMANGIOMA NEVUS FLAMMEUS	157	HERNIA DIAFRAGMÁTICA - RX - POS
935	HEMANGIOMAS PLANOS	939	HERNIA HIATO
546	HEMANGIOPERICITOMA	940	HERNIA HIATO - RX
547	HEMANGIOPERICITOMA	854	HERNIA HIATO-RX
1091	HEMATOMA INTRAPARENQUITAMOSO	902	HERPANGINA
742	HEMATOMA NARIZ-LÁBIO	927	HERPES GENITAL
700	HEMATOMAS DORSAIS-PARTO	870	HERPES I - AUTOINOCULAÇÃO
701	HEMATOMAS DORSAIS-PARTO	869	HERPES I - ORAL
1049	HEMIMELIA AXIAL - AGENE. PERONEO	875	HERPES II - GENITAL
632	HEMINELIA	876	HERPES II-PERIANAL/CONDILOMATA
1040	HEMIVERTEBRA LATERAL - RX	884	HERPES III - S. RAMSAY HUNT
1041	HEMIVERTEBRA LATERAL - RX	877	HERPES III - VARICELA MUCOSAS
646	HEMOP B HEMARTOSE	878	HERPES III - VARICELA QUEIMADO
647	HEMOP B - HEMARTOSE - RX	882	HERPES III - ZONA DORSAL
644	HEMOP-ARTROP CRÓNICA	883	HERPES III - ZONA LOMBAR
645	HEMOP-ARTROP. CRÓNICA	881	HERPES III - ZONA OFTÁLMICA
642	HEMOP-ARTROP CRÓNICA - RX	879	HERPES III - VARICELA EXUBERANTE
641	HEMOP-ARTROP CRÓNICA	253	HERPES ZOOSTER
637	HEMOP-HEMARTROSE AGUDA	254	HERPES ZOOSTER
639	HEMOP-HEMARTROSE AGUDA	506	HERPES ZOOSTER
640	HEMOP-HEMARTROSE AGUDA - RX	925	HERPES ZOSTER (LED)
638	HEMOP-HEMARTROSE AGUDA - RX	885	HERPES ZOSTER RECOR. - SIDA
643	HEMOP-PSEUDO TUMOR ÓSSEO	886	HERPES - ZONA OFTÁLMICA-CÁTARATA
636	HEMOP-HEMARTROSES AGUDAS RX	984	HETEROCROMIA DA IRIS
633	HEMOPILIA - CEFALOHEMATOMA	232	HIDATIDOSE HEPÁTICA (2)
634	HEMOPILIA-EQUIMOSAS HEMATOMAS	74	HIDATIDOSE HEPÁTICA - ABDOMEN
635	HEMOPILIA-HEMARTROSES AGUDAS	77	HIDATIDOSE HEPÁTICA - CIRURGIA
778	HEMOSSIDEROSE PULM. IDIOPÁT. - RX	75	HIDATIDOSE HEPÁTICA - ECO
777	HEMOSSIDEROSE PULM. IDIOPÁTICA	233	HIDATIDOSE HEPÁTICA - ECO

73	HIDATIDOSE HEPÁTICA - FACE	414	ILEUS MECONIAL - RX PRE-POS
76	HIDATIDOSE HEPÁTICA - TAC	413	ILEUS MECONIAL - RX PRE-POS
234	HIDATIDOSE HEPÁTICA - TAC	603	ILEUS MECONIAL / PERITONITE
724	HIDROCEFALIA - AMAUROSE	604	ILEUS MECONIAL / PERITONITE
725	HIDROCEFALIA-AMAUROSE-TAC	605	ILEUS MECONIAL / PERITONITE
506	HIDROCEFALIA-NEUROFIBROMAT-TAC	628	IMATURIDADE
687	HIDROPSIS (2 gr Hg)	629	IMATURIDADE
243	HIDROPSIS FETALIS-S. DOWN	323	IMATURIDADE-FRAGILIDADE VASCUL.
244	HIDROPSIS FETALIS-S. DOWN-RX	133	IMATURO
668	HIMEN IMPERFURADO	807	IMATURO-24 S - 610 GR.
394	HIPERCAROTENOSIS	808	IMATURO-29 S - 450 GR.
367	HIPERLIPIDEMIA TIPO IV	809	IMATURO-29 S - 450 GR.
366	HIPERP. SUPRA RENAL-VIRILISMO	810	IMATURO-FRACT. FEMUR
461	HIPERPLASIA CONG S. RENAL	811	IMATURO-FRACT. FEMUR-RX
483	HIPERTENSÃO IC BENIGNA	134	IMATURO-VENTILADO
1072	HIPERTENSÃO PORTAL - TAC	588	IMPÉTIGO
1129	HIPERTIROIDISMO	276	IMUNOD. COMUM VARIÁVEL
27	HIPERTRICOSE - RN	277	IMUNOD. COMUM VARIÁVEL
739	HIPERTRICOSE FAMILIAR	278	IMUNOD. COMUM VARIÁVEL - RX
867	HIPERTROFIA TIMO-RX	37	INCONTINENCIA PIGMENTI - RN
752	HIPOCRATISMO D. F.Q.	954	INFUSÃO INTRA-ÓSSEA
576	HIPOMELANOSE DE ITO	938	INSUF. SUPRA-RENAL
248	HIPOMELANOSE ITO	444	INVAGINAÇÃO INTESTINAL (RX)
503	HIPOMELANOSE ITO (2 CASOS)	921	IRIDOCICLITE - A.C. JUVENIL
504	HIPOMELANOSE ITO (2 CASOS)	916	KAKA-AZAR
568	HIPOSPADIAS PENIANO POST.	917	KALA-AZAR
106	HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO	574	KALA-AZAR (2)
368	HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO	704	LÁBIO LEPORINO
976	HIPOTONIA-RN	36	LABIO LEPORINO - FACE
775	HISTIOCITOSE X	154	LABIO LEPORINO-FOSSETA PREENAL
1073	HISTIOCITOSE X	153	LABIO LEPORINO - GERAL
1074	HISTIOCITOSE X - RX	150	LABIO LEPORINO - HIDROCEFALIA
131	HORDEOLO	152	LABIO LEPORINO - PORMENOR
132	HORDEOLO E ADENITE PRÉ-AURICUL	151	LABIO LEPORINO-TUBERC. PRÉ-AURI
316	HYDRANENCEPHALUS	794	LARVA MIGRANS CUTÂNEA
317	HYDRANENCEPHALUS-ECOTF	868	LESÃO TRAUMÁTICA CÔRNEA
26	IATROG - FLEBITE-ABCESSO - RN	290	LESÃO VASCULAR CEREB. ANTIGA
25	IATROG - PA DO FORCEPS - RN	289	LESÃO VASCULAR CEREB. RECENTE
49	IATROG - ESCARA REGIÃO FRONTAL	438	LEUCOMACIA PERIVENTRICULAR
44	IATROG - S. RED-NECK (VANCOMICINA)	788	LEUCÊMIA-LLA-L-OSTEOARTICULAR
48	IATROG - SEROMA CRÂNIO	787	LEUCÊMIA-LLA-L-OSTEOARTICULAR
325	IATROGENIAS - DOPAMINA - VASOCONST.	806	LIG-PRETERMO-34S-MÁE HIPERTENS
326	IATROGENIAS - QUEIMADURA - OXIMETR	391	LINFAGIECT. INTEST.-HIPOPROTEI
785	ICHTYOSIS (LIGADA AO X?)	617	LINFANGIOMA
786	ICHTYOSIS (LIGADA AO X?)	101	LINFANGIOMA CONGÉNITO
238	ICTIOSE CONGÉNITA - COLODIO	816	LINFEDEMA MÃOS/PÉS - S. TURNER?
699	ILEOSTOMIA-MALNUTRIÇÃO	754	LINFOADENOMA QUISTICO-RX
412	ILEUS MECONIAL	755	LINFOADENOMA QUISTICO-RX-TAC
601	ILEUS MECONIAL	249	LUPUS E. DISSEM. ASAS BORBOLETA
602	ILEUS MECONIAL - RX	236	LUPUS E. DISSEMINADO
415	ILEUS MECONIAL. - CIRURGIA	478	LUPUS E. DISSEMINADO



235	LUPUS E. DISSEMINADO - RX	371	MIOPATIA DUCHENE
924	LUPUS ERITEMATOSO DISSEMINADO	231	MIOPATIA MITOCONDRIAL
477	LUPUS ASAS BORBOLETA	34	MOIDAGEM CRANIANA - RN
961	MALÁRIA CEREBRAL	52	MOLLUSCUM CONTAGIOSUM
962	MALÁRIA CEREBRAL - ERITRÓCITOS	1063	MOLLUSCUM CONTAGIOSUM
727	MALF COMPLEXA SNC	330	MOLUSCO CONTAGIOSO
730	MALF COMPLEXA SNC	584	MOLUSCO CONTAGIOSO (INFECTAD)
728	MALF COMPLEXA SNC-RX	331	MOLUSCO CONTAGIOSO-SIDA
729	MALF COMPLEXA SNC-RX	425	MONONUCLEOSE INFECCIOSA
803	MALF SPRENGEL (B.O.R.)	1122	MONONUCLEOSE INFECCIOSA
40	MALFOR. PAVILHÕES AURICULARES	826	MONONUCLEOSE INFECCIOSA
536	MALNUTRIÇÃO GRAVE - RN	827	MONONUCLEOSE INFECCIOSA
402	MALNUTRIÇÃO MARASMO	251	MONONUCLEOSE INFECCIOSA
45	MANCHA MONGÓLICA - RN	395	MONONUCLEOSE INFECCIOSA
529	MANCHA MONGÓLICA	675	MONONUCLEOSE INFECCIOSA (2 CASOS)
268	MANTOUX	959	MORTE CEREBRAL
1010	MÁSCARA SILÁSTIC	716	MUCOLIPIDOSE II I-CELL. DISEASE
387	MASTOCITOSE	717	MUCOLIPIDOSE II I-CELL. DISEASE
673	MASTOCITOSE	718	MUCOLIPIDOSE II I-CELL DISEASE
47	MELANOSE PUSTULAR TRANSIT.-RN	719	MUCOLIPIDOSE II I-CELL DISEASE
127	MELANOSIS OCULI	125	NANISMO DIASTRÓFICO
722	MENINGITE PNEUMO-HIDROCEF. AG.	705	NANISMO DIASTRÓFICO
723	MENINGITE PNEUMO-HIDROCEF. AG.	126	NANISMO DIASTRÓFICO - RX
963	MENINGITE TUBERCULOSA	123	NANISMO TANATOFORO
964	MENINGITE TUBERCULOSA-ECO	124	NANISMO TANATOFORO - RX
72	MENINGOCELO	374	NEUROBLASTOMA
105	MENINGOCELO	578	NEUROBLASTOMA
24	MENINGOCELO S. POLIMALFORMATIVO	580	NEUROBLASTOMA
409	MENINGOCELO SINC LAMBDOIDE (X2)	595	NEUROBLASTOMA
407	MENINGOCELO SINC LAMBDOIDE-TAC	598	NEUROBLASTOMA
408	MENINGOCELO SINC LAMBDOIDE-TAC	597	NEUROBLASTOMA (ECO)
1036	MENINGOCELO TORÁCICO	596	NEURABLASTOMA (RX)
747	MESOCARDIO MESOAPEX	599	NEUROBLASTOMA (RX)
1155	METAHEMOGLOBINEMIA	600	NEUROBLASTOMA -(TAC)
400	METAHEMOGLOBINEMIA (AM)	738	NEUROBLASTOMA TORACICO - RX- TAC
610	METASTASES PULMONARES/S. EWING	781	NEUROBLASTOMA TORAX-TAC
260	METROHEMATOCOLPOS-ECO	579	NEUROBLASTOMA RX
259	METROHEMATOCOLPOS-RX	765	NEUROCISTECERCOSE
261	METROHEMATOCOLPOS-TÉCNICA	766	NEUROCISTECERCOSE-TAC
1135	MIASE	381	NEUROFIBROMATOSE
378	MIASTENIA	499	NEUROFIBROMATOSE
379	MIASTENIA	500	NEUROFIBROMATOSE
977	MIASTENIA GRAVIS	501	NEUROFIBROMATOSE - HIDROCEFALIA
667	MICROANUS	38	NEVUS GIGANTE - RN
969	MICROCEFALIA VERA	985	NEVUS PAVILHÃO AURICULAR
968	MICROCEFALIA-CMV-RN	577	NEVUS SUTTON
222	MIELOMENINGOCELO	241	NO CORDÃO - ECO
711	MIELOMENINGOCELO	240	NO CORDÃO-DILAT. VEJA HEPÁTICA
863	MIELOMENINGOCELO	393	OBESIDADE (2 CASOS)
571	MIELOMENINGOCELO (2)	442	OCLUSÃO INTESTINAL (OP)
864	MIELOMENINGOCELO-FRACT. FEMUR	441	OCLUSÃO INTESTINAL (RX)
22	MILIA	443	OCLUSÃO INTESTINAL (RX)

592	OCCLUSÃO INTESTINAL-BEZOARES	815	PE ROTO-RN
138	OCCLUSÃO INTESTINAL - VOLVO	110	PELAGRA
606	OCCLUSÃO INTESTINAL / BRIDAS	1096	PERFUR. GÁSTRICAS-ANOXIA - RX
607	OCCLUSÃO INTESTINAL. / BRIDAS (RX)	495	PERFURAÇÃO ESOFÁGICA
213	ONFALOCELO	496	PERFURAÇÃO ESOFÁGICA
1082	ONFALOCELO	497	PERFURAÇÃO ESOFÁGICA
471	ONICOFAGIA	1143	PERIARTRITE NODOSA
865	OSTEOCONDROMA FEMUR	1144	PERIARTRITE NODOSA - ARTERIOGRA
712	OSTEOGENESE IMPERFECTA (I)	490	PERITONITE MECONIAL CALCIFIC.
713	OSTEOGENESE IMPERFECTA (RX)	491	PERITONITE MECONIAL CALCIFIC.
66	OSTEOGENESE IMPERFEITA	65	PES TALLUS-VALGUS
1004	OSTEOGENESE IMPERFEITA	676	PICADA DE INSECTO
1005	OSTEOGENESE IMPERFEITA	904	PICADA INSECTO
67	OSTEOGENESE IMPERFEITA - RX	1064	PICADA INSECTO
837	OSTEOLISE CRÂNIO-T. EXTERNA-RX	620	PICADA INSECTO / CERVICAL
838	OSTEOLISE CRÂNIO-T-INTERNA-RX	622	PICADA INSECTO / PERNAS
946	OSTEOMIELITE MAXILAR INF.	1014	PIODERMITE
915	OSTEOMIELITE-R. TALASSEMIA	1015	PIODERMITE
1006	OSTEOMIELITE CONGÊNITA-1	674	PITIRIASE VERSICOLOR
1007	OSTEOMIELITE CONGÊNITA-2	210	PNEUMOMEDIASTINO (ASAS ANJO) RX
1008	OSTEOMIELITE CONGÊNITA-3	211	PNEUMOTORACES RECORRENTES
1009	OSTEOMIELITE CONGÊNITA RX (3)	1130	PNEUM. INTERSTICIAL - HIV - P. CARL.
948	OSTEOPETROSIS CONGÊNITA	1131	PNEUM. INTERSTICIAL - HIV - P. CARL.
949	OSTEOPETROSIS CONGÊNITA-RX	13	PNEUMOMEDIAST-PERICARDIO FACE
795	OSTEOPETROSIS PRECOCE	14	PNEUMOMEDIAST-PERICARDIO RX
796	OSTEOPETROSIS PRECOCE	615	PNEUMOMEDIASTINO ASAS ANJO
797	OSTEOPETROSIS PRECOCE-RX	307	PNEUMONIA ASPIRAÇÃO - RN-RGE
798	OSTEOPETROSIS PRECOCE-RX	307	PNEUMONIA ASPIRAÇÃO - (LEITE)
1071	OSTIOMIELITE COSTAL (D. GRAN. C)	309	PNEUMONIA ASPIRAÇÃO - RX -PRE-POS
1134	OSTIOMIELITE CRÔNICA - RX	308	PNEUMONIA ESQ. COM DERRAME
1054	OSTIOMIELITE MÚLTIPLA - RX	78	PNEUMONIA ESQ. COM DERRAME
1053	OSTIOMIELITE MÚLTIPLA - TUBERC.?	79	PNEUMONIA ESQ. COM DERRAME - RX
843	OSTIOMIELITE UMERO-ESCARLATINA	820	PNEUMONIA NEONATAL. PRECOCE-RX
844	OSTIOMIELITE UMERO-RX	943	PNEUMONIA-HEMOPHILUS-RX
226	OSTIOMIELITE - DREPANOCIT.-RX	944	PNEUMONIA-HEMOPHILUS-DRENAGEM
226	OSTIOMIELITE -DREPANOCITOSE	828	PNEUMONIA-RX
429	PAN-SINUSITE (FLEIMAO R.O.)	945	PNEUMONIA-STAPHIL.-RX
430	PAN-SINUSITE (TAC)	942	PNEUMONIA-STREPTOCOCCUS RX
1035	PAPULAS GOTTRON DERMATOMIOSITE	776	PNEUMONITE-P. CARINI SIDA RX
209	PARALISIA FACIAL. PERIFÉRICA	293	PNEUMOPERICARDIO FIST ESOF.
1119	PARALISIA ERB-DUCHENE	291	PNEUMOPERITONEU - NEC
764	PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA	292	PNEUMOPERITONEU - NEC
823	PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA	475	PNEUMOPERITONEU - F. BAÇO-ENF. SC.
894	PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA	439	PNEUMOPERITONEU - PNEUMOTORAX
1124	PARALISIA FACIAL / VARICELA	212	PNEUMOTORACES RECORRENTES
910	PARALISIA III PAR. MENING. PNEUM	440	PNEUMOTORAX REC-BOLHA ENFISEMA
93	PARALISIA FACIAL-POST OPERAT	474	PNEUMOTORAX ENFISEMA SC (RX)
1011	PAROTIDITE	919	POLJARTRITE - A.C. JUVENIL
814	PE BOTO-RN	920	POLJARTRITE - A.C. JUVENIL-RX

565	POLIDACTILIA (GEMEOS)	541	RAQUITISMO HIPOFOSE FAMILIAR
327	POLIDACTILIA AXIAL MÃOS	542	RAQUITISMO HIPOFOSE FAMILIAR
858	POLIPO URETRAL-RX	208	RAQUITISMO RX
470	POLITELIA	205	RAQUITISMO GERAL
318	PORENCEFALIA	206	RAQUITISMO RX
319	PORENCEFALIA - ECO	759	REFLUXO VESICO-URET.-GRAL IV
320	PORENCEFALIA - TAC	760	REFLUXO VESICO URET.-GRAU IV
698	PREMATURIDADE-RN	1058	RETINOBLAST CALCIF. INTRAOCULAR
958	PREMATURO-CARDIORRESPIROGRAMA	1056	RETINOBLASTOMA - INV. ÓSSEA
812	PREMATURO-PÉLVICO-1000 GR.	1057	RETINOBLASTOMA - INV. ÓSSEA
911	PRETERMO 28S. 630 GR.	310	RGE - PNEUMONIA ASPIRAÇÃO - ECO
1099	PROVAS TUBERCULINAS MANTOUX	28	RN GIG
1098	PROVAS TUBERCULINAS - MONOTEST	29	RN LIG
396	PSORIASIS	30	RN LIG
672	PSORIASIS	489	RN - FRACTURA BILAT. CLAVICULA
337	PSORIASIS - IMPETIGO	767	RUBÉOLA CONG.
484	PTI	768	RUBÉOLA CONG-CALCIF. SNC-ECO
485	PTI	790	S. NOONAN
624	PTI	791	S. ALAGILLE
663	PTI	975	S. ALCOOLICO FETAL
486	PTI GRAVE	1027	S. ALCOOLICO FETAL
488	PTI-HEMORRAG. ALVEOLAR (TAC)	1017	S. ALLAGYI.-RAQUITISMO
487	PTI-HEMORRAGIA SUB-DURAL (REM)	1018	S. ALLAGYI. - RAQUITISMO-RX
1066	PURP. SCHONLEIN-HENOCH (2 CASOS)	974	S. ANGELMAN - HAPPY PUPPET
203	PURPURA S. HENOCH	116	S. APERT
392	PURPURA S. HENOCH	117	S. APERT
913	PURPURA S. HENOCH-EDEMA PALP.	773	S. APERT-CRANIOSIN.-SINDACTILIA
1146	PURPURA SCHOENLEIN-HENOCH (2)	774	S. APERT-CRANIOSIN.-SINDACTILIA
1147	PURPURA SCHOENLEIN-HENOCH (2)	799	S. BRANQUIO-OTO-RENAL
849	PURPURA SCHOENLEIN-HENOCH	802	S. BRANQUIO-OTO-RENAL-PIV
933	PYTIRIASE ALBA	801	S. BRANQUIO-OTO-RENAL-TAC
288	QUEIMADURA ELÉCTRICA LÍNGUA	800	S. BRANQUIO-OTO-RENAL-TIMPANOG.
347	QUEIMADURA FACE - EXPLOÇÃO	994	S. CAVA SUP. TERATOMA MEDIASTIN
431	QUEIMADURA ORAL. - CAUSTICO	1038	S. CHOQUE TOXICO
857	QUISTO 2.º ARCO BRANQUIAL	1055	S. CHOQUE TOXICO OSTIOMIELITE
612	QUISTO HIDATICO PULM. (RX)	941	S. CIMITARRA
613	QUISTO HIDATICO PULM. (TAC)	403	S. CORNELIA LANGE
614	QUISTO HIDATICO PULM.- PEÇA -	404	S. CORNELIA LANGE
611	QUISTO HIDATICO PULMONAR	970	S. CROUZON
172	QUISTO OVÁRIO ABDOMEN	370	S. CROUZON (3 CASOS)
171	QUISTO OVÁRIO - CARA	772	S. CROUZON - CRANIOSINOSTOSE
174	QUISTO OVÁRIO - CIRURGIA	702	S. DOWN-CARDIOPATIA CONG.
173	QUISTO OVÁRIO - PEÇA	389	S. FETAL-ALCOOLICO
670	QUISTO POPLITEU/BAKER	1123	S. GIANOTTI-CROSTI
405	RAQUITISMO CARENCIAL	113	S. HALLERMAN S. FRANÇOIS
406	RAQUITISMO CARENCIAL (RX)	737	S. HAND-FOOT-MOUTH
207	RAQUITISMO GERAL	831	S. HAND FOOT MOUTH
539	RAQUITISMO GRAVE	832	S. HAND-FOOT-MOUTH
540	RAQUITISMO GRAVE	900	S. HAND-FOOT-MOUTH

623	S. KASABACH MERRIT (ANG. CERV.)	893	S. STURGE-WEBBER
255	S. KAWASAKI	661	S. TAR
561	S. KAWASAKI	662	S. TAR - RX
839	S. KAWASAKI	111	S. TREACHER COLI.INS
840	S. KAWASAKI	372	S. TURNER
951	S. KAWASAKI	114	S. VAN-GIERKE
841	S. KAWASAKI (CONT.)	929	S. VEJA CAVA SUPERIOR
890	S. KAWASAKI-ESTRIAS DE BEAU	981	S. VON RECKLINGHAUSEN
437	S. KLIPPEL-FEYL	973	S. X FRAGIL
436	S. KLIPPEL-FFYL	735	S. ZELLWEGER
336	S. KLIPPEL-TRENAUNAY-WEBER	736	S. ZELLWEGER RX
978	S. LOWE - S. OCULO CEREBRO RENAL	895	SARAMPO
498	S. NEUROCU TÂNEOS	57	SARAMPO (ABDOMEN)
112	S. NIEMAN PICK	56	SARAMPO (FACE)
107	S. NOONAN	445	SARAMPO (RAÇA NEGRA)
454	S. PELE ESCALDADA	446	SARAMPO (RAÇA NEGRA)
455	S. PELE ESCALDADA	59	SARAMPO HEMORRÁGICO
1121	S. PELE ESCALDADA - SSSS	896	SARAMPO HEMORRÁGICO
369	S. PENDRED	58	SARAMPO KOPLIK
1078	S. PRADER-WILLI	1	SEPSIS EXSANGUINEO
121	S. PRUNE-BELLY	4	SEPSIS L. RESIDUAIS
122	S. PRUNE BELLY RX	7	SEPSIS L. RESIDUAIS
1042	S. REGRESSÃO CAUDAL (MÃE DIAB.)	5	SEPSIS L. RESIDUAIS - GERAL
1043	S. REGRESSÃO CAUDAL - RX	3	SEPSIS PURPURA
95	S. RENDU-OSLER QUILOT-DERRAME	2	SEPSIS VENTILADO
97	S. RENDU-OSLER QUILOT-RX POS	6	SEPSIS VENTILADO
96	S. RENDU-OSLER QUILOT-RX PRE	685	SEPSIS ESTAFILOCO-RN
94	S. RENDU-OSLER QUILOTORAX GERAL	686	SEPSIS ESTAFILOCO-RN
108	S. SCHWARTZ	353	SEPSIS FULMINANS
109	S. SCHWARTZ	351	SEPSIS M-ENDOCARDITE ECO
115	S. SECKEL	349	SEPSIS M-ENFARTE M- ENDOCARDITE
1026	S. SILVER-RUSSEL	350	SEPSIS M-ENFARTE MIOC.-ECG
559	S. STEVENS-JOHNSON	264	SEPSIS M. GRAVE - EVOLUÇÃO
560	S. STEVENS-JOHNSON	420	SEPSIS MENING. GRAVE-ISQUEMIA
88	S. STEVENS-JOHNSON	237	SEPSIS MENINGOCOCICA - 2 CASOS
185	S. STEVENS-JOHNSON CARA	352	SEPSIS MENING-EVOLUÇÃO
188	S. STEVENS JOHNSON CONJUNTIVITE	421	SEPSIS MENING.GRAVE NECROSES
189	S. STEVENS-JOHNSON-FACE	950	SEPSIS MENING.SEQUELAS
193	S. STEVENS-JOHNSON-GERAL BEM	1029	SEPSIS MENINGOC. L. GRAVES
192	S. STEVENS-JOHNSON-MÃO	1028	SEPSIS MENINGOC.-L. MINIMAS
191	S. STEVENS-JOHNSON-PÉ	348	SEPSIS MENINGOCOCICA
194	S. STEVENS-JOHNSON-PERI-ANAL	625	SEPSIS MENINGOCOCICA
190	S. STEVENS-JOHNSON-PERNA	909	SEPSIS MENINGOCOCICA-SEQUELAS
871	S. STEVENS-JOHNSON-REACTIVAÇÃO	677	SEQUESTRO PULMONAR (RX)
186	S. STEVENS-JOHNSON-RX CARDIOMEG	678	SEQUESTRO PULMONAR (TAC)
187	S. STEVENS-JOHNSON-RX FINAL	1020	SIDA - PNEUM. ESTAFILOCOCCICA-RX
1085	S. STURGE-WEBBER (CARA)	1019	SIDA PNEUMOCISTIS CARINII-RX
1087	S. STURGE-WEBBER-ANGIOGRAFIA	302	SIFILIDES-SIFILIS CONGÊNITA
1086	S. STURGE WEBBER TAC	689	SIFILIS «POSSÍVEL»

688	SIFILIS «POUCO PROVÁVEL»	435	TORTICOLIS CONGÉNITO
694	SIFILIS CONG. (RX)	822	TORTICOLIS CONGÉNITO
692	SIFILIS CONG.-ANEMIA P. LEUC.	250	TOXIDERMIA
693	SIFILIS CONG.-ANEMIA P. LEUC.	905	TOXIDERMIA - TEGRETOL
690	SIFILIS CONG. P. P. PARROT	1100	TOXIDERMIA - INH
691	SIFILIS CONG - P. P. PARROT (RX)	530	TRAUMATISMO DE PARTO
416	SIFILIS CONGÉNITA	1093	TROMBOSE AORTA ABDOM. (POS-CAT)
589	SIFILIS CONGÉNITA	1090	TROMBOSE SEIOS CAVERNOSOS - RMN
590	SIFILIS CONGÉNITA	85	TUBERC DERRAME PERIC-FACE POS
630	SIFILIS CONGÉNITA	84	TUBERC DERRAME PERIC-FACE POS
1081	SIFILIS CONGÉNITA	82	TUBERC DERRAME PERIC-GERAL POS
631	SIFILIS CONGÉNITA (RX)	80	TUBERC DERRAME PERIC-DRENAGE
417	SIFILIS CONGÉNITA RX	83	TUBERC DERRAME PERIC-RX POS
817	SIFILIS CONGÉNITA-RN	81	TUBERC DERRAME PERIC-RX PRE
818	SIFILIS CONGÉNITA-RN-RX	1115	TUBERC OSTIOMIEIITE MULTIFOCAL
819	SIFILIS CONGÉNITA-RN-RX	1114	TUBERC-OSTIOMIEIITE MULTIFOCAL
42	SINDACTILIA BILATERAL 2,3 D MÃO	1105	TUBERC-PNEUMOTORAX-PAQUIPLEUR
746	SINDACTILIA PARCIAL - PÉS	1106	TUBERC. CAVITADA-HEMOPHISES
464	SINDR. 4 P-	679	TUBERC. ENDOBRONQUICA (RX)
1046	SINOST. RADIOCUBITAL. - MÃO PRONA	680	TUBERC. ENDOBRONQUICA (TAC)
1047	SINOST. RADIOCUBITAL-M PRONA -RX	1110	TUBERC. PULM.-ABDOM. CLUSTER OP
432	SITUS INVERSOS	783	TUBERC. PULMONAR - 2 MESES - RX
433	SITUS INVERSOS (TAC)	784	TUBERC. PULMONAR - 2 MESES - TAC
434	SITUS INVERSOS (TRANSITO)	39	TUBERCULO PRÉ-AURICULAR
18	STURGE-WEBER BILATERAL FACE	383	TUBERCULOSE - PRIMO INF - RX
19	STURGE-WEBER BILATERAL - TAC	1113	TUBERCULOSE MAL POTT (DORSAL)
779	SÉPSIS MENINGOCÓCICA	852	TUBERCULOSE COMPL LIQ. DERRAME
780	SÉPSIS MENINGOCÓCICA	853	TUBERCULOSE COMPL-RX
15	T. MEDIAST-NEUROFIBROMAT-GERAL	452	TUBERCULOSE CUTÂNEA
16	T. MEDIAST - NEUROFIBROMAT-RX	1101	TUBERCULOSE CUTÂNEA
17	T. MEDIAST-NEUROFIBROMAT-TAC	274	TUBERCULOSE DISSEM. BRONCOG.
551	TELARCA	1102	TUBERCULOSE GANGLIONAR
995	TERATOMA CONG. INDIF. MEDIASTINO	952	TUBERCULOSE GANGLIONAR (?)
532	TERATOMA DO URACO	1103	TUBERCULOSE GANGLIONAR ECO
533	TERATOMA DO URACO	1104	TUBERCULOSE GANGLIONAR - GANGLIO
297	TERATOMA SACRO-COCCIGEO	270	TUBERCULOSE GONARTRITE
1083	TERATOMA SACROCOCCIGEO	271	TUBERCULOSE GONARTRITE-RX
992	TERATOMA SACROCOCCIGEO	1112	TUBERCULOSE NÓDULO HEPAT. - ECO
313	TERATOMA SACROCOCCIGEO GIGANTE	510	TUBERCULOSE P - DERRAME
314	TERATOMA SACROCOCCIGEO GIGANTE	511	TUBERCULOSE P. DERRAME - LÍQUIDO
315	TERATOMA SACROCOCCIGEO GIGANTE	512	TUBERCULOSE P. DERRAME RX
993	TERATOMA SACROCOCCIGEO-RX	513	TUBERCULOSE P. DERRAME - RX
543	TETANO NEO-NATAL	272	TUBERCULOSE PULMONAR
256	TINEA CAPITIS	273	TUBERCULOSE PULMONAR
1013	TINEA CAPITIS	448	TUBERCULOSE PULMONAR (3 CASOS)
934	TINFA CORPORIS	450	TUBERCULOSE PULMONAR (3-RX)
1075	TIROIDITE HASHIMOTO	451	TUBERCULOSE PULMONAR (3-RX)
1076	TIROIDITE HASHIMOTO - ECO	449	TUBERCULOSE PULMONAR (MANTOUX)
364	TIROSIEMIA (2 CASOS)	1109	TUBERCULOSE PULMONAR-ABDOMINAL

146	TUBERCULOSE PULMONAR - CARA	120	URTICÁRIA GIGANTE
1107	TUBERCULOSE PULMONAR - PERITON.	137	URTICÁRIA GIGANTE
269	TUBERCULOSE PULMONAR - RX	388	URTICÁRIA GIGANTE
147	TUBERCULOSE PULMONAR-RX-PA	202	URTICÁRIA PAPULAR
148	TUBERCULOSE PULMONAR-RX-PERFIL	281	URTICÁRIA PAPULAR
149	TUBERCULOSE PULMONAR-TAC	830	URTICÁRIA PAPULAR
524	TUBERCULOSE-DERR. PERICARDIO	891	URTICÁRIA
525	TUBERCULOSE DERR. PERICARDIO	283	VARICELA
517	TUBERCULOSE-DISSEMINAC. BRONCOG	284	VARICELA
515	TUBERCULOSE-DISSEMINAC. HEMAT.	285	VARICELA
516	TUBERCULOSE-DISSEMINAC. HEMAT.	31	VARICELA - HERPES ZOSTER - RN
399	TUBERCULOSE-ERITEMA NODOSO	23	VARICELA - HERPES ZOSTER - RN
520	TUBERCULOSE ERITEMA NODOSO	51	VARICELA - RN
1145	TUBERCULOSE-ERITEMA NODOSO	922	VARICELA - RN
518	TUBERCULOSE-GRANULOMA-ENDOBROQ	923	VARICELA BOLHOSA
1111	TUBERCULOSE-ILEITE-TRANSITO	586	VARICELA BOLHOSA (4)
514	TUBERCULOSE-MANTOUX	587	VARICELA BOLHOSA (4)
522	TUBERCULOSE-MENING-HIDROCE-TAC	585	VARICELA CONGÉNITA
521	TUBERCULOSE-MENING-HIDROCEFALI	880	VARICELA F. ESCABIOS-RN
519	TUBERCULOSE-MENINGITE	286	VARICELA HEMORRÁGICA
1108	TUBERCULOSE-PERITONITE - ECO	447	VARICELA -ESCARLATINA
523	TUBERCULOSE-POLISEROSITE	9	VASCULITE GRAN. NECROSANTE-GERAL
338	TUMOR CERVICAL	8	VASCULITE GRAN. NCROSANTE PE
339	TUMOR CERVICAL - ECO	11	VASCULITE LEUCOCITOCLAST-COXA
340	TUMOR CERVICAL - TAC	10	VASCULITE LEUCOCITOCLAST-GERAL
341	TUMOR CERVICAL - TÉCNICA CIR.	12	VASCULITE LEUCOCITOCLAST-PERNA
373	TUMOR SACROCOCCIGEO	334	VASCULITE LEUCOCITOCLASTICA
294	TUMOR WILMS	335	VASCULITE LEUCOCITOCLASTICA
166	TUMOR WILMS - CARA/VENTILADO	966	VENTRICULITE-SEPSIS LISTERIA-RN
168	TUMOR WILMS - PIV	967	VENTRICULITE LISTERIA-ECO-RN
167	TUMOR WILMS - TAC	583	VERRUGA VULGARIS
344	URETEROHIDRONEFROSE CONGÉNITA	1012	VESTIGIO BRANQUIAL CARTILAG.
345	URETEROHIDRONEFROSE SECUNDÁRIA	411	VOLVO INT. - TROMB. MESENTERICA
280	URTICÁRIA	410	VOLVO INTEST.-TROMB. MESENTERICA

# ANUÁRIO DO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA

## - Normas de publicação -

- 1** - Os Resumos entregues serão dactilografados em papel formato A4, utilizando a língua original e devem conter o seguinte:
  - a)** Título do trabalho (evitando sub-títulos).  
Identificação do(s) autor(es), com o apelido e a primeira letra do nome.  
Serviço/Instituição onde foi realizado.  
Data(s) e local(s) da(s) sua(s) divulgação(s).  
- Não ultrapassar 8 linhas-
  - b)** Texto: Devem ser contempladas de forma breve e concisa, as rubricas necessárias à compreensão dos objectivos, metodologia, e finalmente privilegiar os resultados do trabalho e 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 castística, 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 Departamentos e 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"	Vidreira-Amaral J, Aparicio O, Pedro, Halpern M
SERVIÇO 2	Megauretero obstrutivo primário ou idiopático - experiência da Unidade de Nefrologia	Castro I, Ferra-Sousa J
S. CIRURGIA	Nefrectomia parcial no tumor de Wilms	Gentil-Martins A
S. IMAGIOLOGIA	Massa abdominal complicada	Veiga-Gomes J, Penas I
S. PATOLOGIA CLÍNICA	Avaliação da infecção nosocomial a Serratia m. a partir de dados bacteriológicos	Barros R, Ferreira M
S. MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO	Actuação do Serviço de M.F.R. no Núcleo de Spina bífida do H.D. Estefânia	Loff C, Portela M
SERVIÇO DE URGÊNCIA	"Estrada de Marvila" - breve análise dos internamentos em S.O.-ano de 1991	Soares E, Pereira I, Zarcos M, Laia F, Nurmamodo A, Gama L
CONSULTA EXTERNA	"Hemofilia" - casuística e panorâmica	Mendonça T, Raminhos I, Diniz M, Braga L, Gomes-Costa M
IMUNO ALERGOLOGIA	"Asma de esforço na criança" - contributo para a standardização das provas de provocação	Almeida M, Pinto P, Matos A, Nunes J, Neuparth N, Rosado-Pinto J
DI.º PEDO PSQUIATRIA	"Perturbações da expressão somática na criança" - revisão de 30 casos do Serviço 2 Sala 2 do H.D. Estefânia	Marques C, Cepêda T
"Premio especial do Anuário"	Núcleo de Iconografia do H.D. Estefânia	Estrada J, Gama L, Gomes-Costa M

# 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	Cordeiro-Ferreira G, Espinosa L
SERVIÇO 2	Lipilepsy in children: how optimistic should we be about treatment?	Calado F, Dias A, Dias K
CIRURGIA	The role of surgery in the prevention and treatment of sequelae of children's cancer therapy	Gentil-Martins A
IMAGIOLOGIA	Hidronefrose complicada em lactente	Penas I, Rodrigues M, Carneiro R, Vciga-Gomes J
PATOLOGIA CLÍNICA	Estudo preliminar comparativo de dois sistemas automáticos de hemoculturas- BACTEC 9120 e VITAL	Peres I, Barros R
MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO	Reabilitação dos alongamentos dos membros inferiores	Medeiros L, Vasconcelos M, Cary M, Condeço B, Levy M
SERVIÇO DE URGÊNCIA	Movimento assistencial numa unidade de cuidados intensivos pediátricos- análise de dois anos	Estrada J, Ventura L, Vale M, Ramos J, Macedo A, Marques A, Barata D, Fernandes I, Santos M, Valente R, Vasconcelos C
CONSULTA EXTERNA	1ª consulta de pediatria médica - casuística de 1993	Nogueira G, Santos I, Barros D, Torre L, Monteiro A, Santos T, Conde-Blanco J
IMUNO ALERGOLOGIA	Validation of a software for TECAM 8000 for ALASTAT determinations	Nogueira J, Afonso A, Loureiro V, Fernandes J, Pinto P, Santa-Marta C, Almeida M, Rosado-Pinto J
PEDO PSIQUIATRIA	Quando as ligações começam	Brito I
"Premio especial do Anuário"	Organização das "Jornadas do Serviço 2"	Corpo clínico do Serviço 2 do Hospital de Dona Estefânia

# ANUÁRIO DO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA

## - Trabalhos premiados em 1995 -

ÁREA DO HOSPITAL	TÍTULO	AUTORES
SERVIÇO 1	Alteração do perfil sérico dos ácidos biliares na criança com litíase biliar. Importância do ác. ursodesoxicólico	Torre M, Brites D, Santos A, Pereira I, Cabral J, Cordeiro-Ferreira G, Pó I, Oliveira N, Espinosa L
SERVIÇO 2	Meningites bacterianas - 2 casos clínicos	Cruz C, Carvalho L
D <sup>o</sup> CIRURGIA	Une nouvelle approche dans la chirurgie conservatrice des tumeurs du vagin chez l'enfant	Gentil-Martins A, España M
S. ANESTESIA	Estudo comparativo entre administração de ketamina rectal/I.M. na Unidade de Queimados do Hospital de Dona Estefânia	Castanheira C, Lopes F, Peixer I, Rocha T, Candeias M, Cenicante T, Viegas M, Faro L
SERVIÇO O.R.L	Atrésia choanal congénita bilateral (Video de intervenção)	Carvalho C, Martins I, Melo A, Rebelo V
S. IMAGIOLOGIA	Alterações ecográficas da Aorta após cateterismo da artéria umbilical	Carneiro R, Veiga-Gomes J, Teles L, Serelha M
S. PATOLOGIA CLÍNICA	Papel do Laboratório na investigação das doenças autoimunes	Loureiro V, Matos V
S. MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO	Malformações congénitas da mão - papel da (re)abilitação	Costa M
SERVIÇO DE URGÊNCIA	Suporte ventilatório na insuficiência respiratória	Macedo A, Santos M, Vale M, Vasconcelos C
CONSULTA EXTERNA	"À espera de Godot"	Teles L, Estrada J, Vale M, Gama L
S. IMUNO ALERGOLOGIA	Níveis de exposição a alérgenos de ácaros em crianças na Rep. de Cabo Verde - correlação com aspectos clínicos, laboratoriais e da residência	Almeida M, Pires G, Neuparth N, Santa-Marta C, Lopes D, Tavares C, Rosado-Pinto J
D <sup>o</sup> PEDO PSQUIATRIA	Avaliação das necessidades de internamento em Pedopsiquiatria	Marques C
MATERNIDADE MAGALHÃES COUTINHO	"Home-trainer": uma maneira económica de preparar novos laparoscopistas	Fradique A, Fradique L
"Premio especial do Anuário"	"Campo de férias para crianças diabéticas"	Unidade de Endocrinologia do Hospital de Dona Estefânia

