

**ANUÁRIO DO HOSPITAL DE  
DONA ESTEFÂNIA**

**Nº 10**

**Ano 2002**

**NÚCLEO EDITORIAL**

Dr. António Marques (Coordenador)  
Dr.ª Fátima Alves (Coordenadora Adjunta)  
Dr. João Estrada (Internato Médico)

**COMISSÃO DE INTERNOS**

Dr. Sérgio Pinto  
Dr. Luís Borrego  
Dr. Marco Medeiros

**CONSELHO CIENTÍFICO**

Dr. António Martins Roque  
Prof. Dr. João Videira Amaral  
Dr. José Ferra de Sousa  
Dr.ª Karin Dias  
Prof. Dr. José Rosado Pinto  
Dr.ª Dulce Ferra de Sousa  
Dr. Henrique Sá Couto  
Dr. José Augusto Antunes  
Dr. Vital Calado  
Dr. José Mesquita  
Dr.ª Rosário Malheiro  
Dr.ª Mª de Lurdes do Ó Figueira  
Dr.ª Mª José Gonçalves  
Dr. Francisco Abecassis  
Dr. Edmar Oliveira  
Dr.ª Deonilde Espírito Santo  
Dr. Dinis da Fonseca  
Dr.ª Madalena Levy  
Dr. João Santiago Maia  
Dr. Manuel Marques

**CAPA**

IX anuários anteriores

**EXECUÇÃO GRÁFICA**

Iberprint – Artes Gráficas, Lda

**SECRETARIADO**

Lúcia Pratas

ISBN 927-96348—3-1

Depósito Legal nº 98461/96

**EDITADO EM OUTUBRO DE 2003**

**PUBLICAÇÃO ANUAL**

**TIRAGEM:** 300 exemplares

Distribuição gratuita

**APOIO**

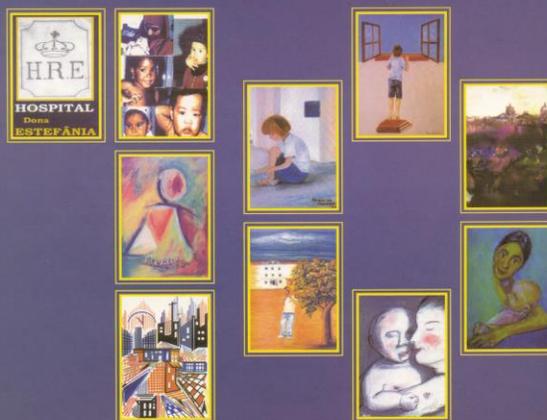
Conselho de Administração do HDE  
Núcleo de Estudos Pediátricos (NEP)  
Centro de Formação e Investigação  
do HDE

**SUMÁRIO:**

**Pág.**

EDITORIAL.....	V
ÍNDICE POR SERVIÇOS .....	VI
ÍNDICE DE AUTORES .....	XV
RESUMOS .....	1
<b>TRABALHOS PREMIADOS DO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA:</b>	
- ANO DE 1999 .....	247
- ANO DE 2000 .....	248
- ANO DE 2001 .....	249
- ANO DE 2002 .....	250

**ANUÁRIO  
DO  
HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA**



**ANO X - 2002**



## EDITORIAL

### O SIM E O NÃO

Completam-se com este número, 10 anos de existência do Anuário do Hospital Dona Estefania - um número óptimo para comemorar. Mas "limitemo-nos" apenas a lembrar que, desde há dez anos, o corpo clínico do Hospital regista, através dos resumos dos trabalhos para o Anuário, o seu labor. Esse registo pode ser consultado e apreciado. Podem-se-lhe ser feitas perguntas. E é o melhor que dez anos de vida de urna publicação deste género tem. Este ano foi feito esse trabalho de perguntar e o resultado será publicamente dado a conhecer na própria Reunião do Anuário - reflexão a convidar a outras reflexões : o que foi, o que tem sido recentemente e o que se quer que seja. Quanto ao Anuário em si, tentou o actual Núcleo Editorial alguma dinamização e algumas modificações editoriais de que, a esta distancia, pouco ficou. A verdade é que o futuro desta publicação e das actividades que o acompanham, incluindo a Reunião do Anuário, impõe a todos, a quem de direito e também as últimas instancias, a necessidade de pensar. É muito fácil o Anuário cair (a alguns espantará que ainda exista), assim como não é impossível que vá se mantendo por mais algum tempo. Importa no entanto que não seja mais adiada a responsabilidade de todos.

António Marques  
(Coordenador do Núcleo Editorial)

# ANUÁRIO DO HOSPITAL DE DONA ESTEFANIA

- Ano de 2002 -

- Índice por Serviços -

## DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Director: Dr. António Martins Roque

### SERVICO 1 (Pediatria)

Director: Prof. Doutor João M. Videira Amaral

#### PEDIATRIA GERAL

COMUNICAÇÃO E CULTURA-ALGUMAS REFLEXÕES

A QUESTAO DAS URGENCIAS

A INTERNET COMO VEÍCULO DE INFORMAÇÃO NA ÁREA BIOMÉDICA -ÉTICA E QUALIDADE

PRÉ-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E INSTITUIÇÕES DE SAÚDE -QUE RELAQAO? LOCAIS DE ENSINO E CARREIRAS MÉDICAS

PRÉ-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E INSTITUIÇÕES DE SAÚDE -QUE RELAQAO?

REPERCUSSÃO DO ENSINO NA ASSISTENCIA E PROBLEMAS DE ARTICULAÇÃO INSTITUCIONAL

THE NEW PORTUGUESE PEDIATRIC RESIDENCY TRAINING CURRICULUM -THE RESIDENT'S PERSPECTIVE IN A CHILDREN'S CENTRAL HOSPITAL SETTING

THE MOTIVATION TO TEACH -THE UNDERGRADUATETUTOR'S PERSPECTIVE

A PEDIATRIA MÉDICA E DESENVOLVIMENTO DAS ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS NO SERVIÇO 1 DE PEDIATRIA MÉDICA

LIMITES DA INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA EM PEDIATRIA

#### SALA 1 -PEDIATRIA GERAL

INFECÇÃO RESPIRATORIA BAIXA RECORRENTE - A PROPOSITO DE UM CASO CLINICO

DOENÇA DE GILBERT - A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS NA MESMA FAMILÍA

PNEUMONIA COM DERRAME:TRATAMENTO MÉDICO CIRURGICO E OUTROS...

UM EXEMPLO DE BOA ARTICULAÇÃO ENTRE HOSPITAL DISTRITAL E CENTRAL

RAQUITISMO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

EVOLUÇÃO DA SALA 1 DO SERVIQO 1 –COMPARAÇÃO DAS CASUÍSTICAS DE 2000 E 2001

DOENÇA BRONQUIOLAR - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

PRODUTIVIDADE ! ..AVALIAÇÃO E REAVALIAÇÃO - A PROPÓSITO DA ANÁLISE CASUÍSTICA DE 2001 DA SALA 1 DO SERVIÇO 1

PNEUMONIA A PNEUMOCYSTIS CARINII: TRAJECTÓRIA E ENIGMA DE UM AGENTE OPORTUNISTA; A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

### **UNIDADE GASTRENTEROLOGIA- HEPATOLOGIA INFANTIL**

DERMATITIS HERPETIFORMIS: SHOULD DIRECT IMMUNOFLUORESCENCE BE THE ONLY DIAGNOSTIC CRITERION? :

EVALUATION OF A WESTERN BLOT TEST, HELICO BLOT 2.1, IN THE DIAGNOSIS OF A HELICOBACTER PYLORI INFECTION IN A PEDIATRIC POPULATION

UM CASO CLÍNICO DE ANEMIA NOVAMENTE A DOENÇA CELÍACA

INFECÇÃO A HELICOBACTER PYLORI

UM CASO CLÍNICO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA

MANOMETRIA ANORRECTAL NO DIAGNÓSTICO DE PATOLOGIA PLEXUAL DO COLON

MAS QUE GRANDE DOR DE BARRIGA

### **UNIDADE DE IMUNO-HEMATOLOGIA**

CARGA VÍRICA EM CRIANÇAS COM INFECÇÃO VERTICAL POR VIH2

INTERVENÇÃO DOMICILIÁRIA EM CRIANÇAS INFECTADAS PELO VIH

INFECÇÃO PELO VIH NUMA POPULAÇÃO INFANTIL ANTES E APÓS TERAPÊUTICA DA ALTA POTENCIA

URTICÁRIA PIGMENTOSA -UM CASO CLÍNICO

FACTORES DE RISCO PARA EPISÓDIOS VASO-OCCLUSIVOS EM CRIANÇAS COM ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES

SINDROMA FEBRIL ARRASTADO COM ADENOMEGÁLIA - UM CASO RARO EM PEDIATRIA

### **UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS**

SURFACTANTE EXÓGENO. TRATAMIENTO DE RESCATE EN UN RECIÉN NACIDO CON VARICELA COMPLICADA CON PEUMONIA

OSMOLALITY OF SOLUTIONS, EMULSIONS AND DRUGS THAT MAY HAVE A HIGH OSMOLALITY. ASPECTS OF THEIR USE IN NEONATAL CARE

NONINVASIVE METHODS FOR BODY COMPOSITION ASSESSMENT IN NEWBORN INFANTS

IMPACTO CIENTÍFICO -QUAL A NOSSA REALIDADE ?

ALIMENTAÇÃO PARENTÉRICA EM NEONATOLOGIA

VITAMINA A E PULMÃO -QUE FUTURO ?

NOSOCOMIAL INFECTION IN PORTUGUESE NICUS

MOTHER-RELATED INFECTION IN PORTUGUESE NEWBORN BABIES

GROUP B STREPTOCOCCUS INFECTION IN THE FIRST 90 DAYS OF LIFE

A IMPORTANCIA DA AVALIAÇÃO DA OSMOLALIDADE DE SOLUÇÕES DE NUTRIÇÃO PARENTÉRICA NO RECÉM-NASCIDO, NA ESCOLHA DA VIA DE ADMINISTRAÇÃO

TUMOR ABDOMINAL NO RECÉM NASCIDO - CASO CLÍNICO

SINDROME DE TRANSFUSÃO FETO-FETAL E ENFARTE ISQUÉMICO. IMPORTANCIA DA ECOGRAFIA TRANSFONTANELAR NO DIAGNÓSTICO PRECOCE

RASTREIO UNIVERSAL DA AUDIÇÃO DOS RECÉM-NASCIDOS DO HOSPITAL DE DONA ESTEFANIA

MARCADORES DE INFECÇÃO NO PERÍODO NEONATAL - QUAL SERÁ O MELHOR ?

INFECÇÃO CONGÊNITA POR CMV. A PERSPECTIVA DO PEDIATRA

HOSPITAIS PEDIÁTRICOS. ESTRATÉGIAS PARA AS PRÓXIMAS DÉCADAS

A OSMOLARIDADE DE SOLUÇÕES DE NUTRIÇÃO PARENTÉRICA NEONATAL, CALCULADA POR UMA EQUAÇÃO SIMPLES, TEM BOA CORRELAÇÃO COM A OSMOLALIDADE MEDIDA

GASTROSQUISE - SERÁ MELHOR NASCER PRÉ- TERMO ?

GASTROSCHISIS - DOES PREMATURE BIRTH IMPROVE OUTCOME?

THEVLBW PORTUGUESE NETWORK- FIVEWEAR'S EXPERIENCE

BRONCOLOGIA NO RECÉM-NASCIDO. EXPERIÊNCIA DE 13 ANOS

INFECÇÃO NOSOCOMIAL EM NEONATOLOGIA

## **UNIDADE DE ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA**

CETOACIDOSE DIABÉTICA -EXPERIÊNCIA DE 5 ANOS

ESTATURA FINAL EM CRIANÇAS TRATADAS COM HORMONAS DE CRESCIMENTO  
CRESCIMENTO- UM PROCESSO COMPLEXO

TIROIDITE AUTOIMUNE ASSOCIADA A TIROIDITE AUTOIMUNE: SINDROME POLIGLANDULAR  
AUTOIMUNE ?

CETOACIDOSE DIABÉTICA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS -ESTUDO  
COMPARATIVO NO HOSPITAL DE DONA ESTEFANIA

**SERVICO 2 (Pediatria)**  
**Director: Dr. José Ferra de Sousa**

## **PEDIATRIA GERAL**

### INTRODUÇÃO

DA DIFERENCIAÇÃO A RELAÇÃO COM O COMUNIDADE - O HOSPITAL DE DONA ESTEFANIA E AS NOVAS TECNOLOGIAS - A PERSPECTIVA PEDIÁTRICA

## **UNIDADE DE NEFROLOGIA**

PÚRPURA DE HENOCH-SCHONLEIN: UM ENIGMA COM MAIS DE UM SÉCULO

CALCIFICAÇÃO RENAL E NEFROPATIA IGA EM CRIANÇA COM HEMATÚRIA MACROSCÓPICA

SINDROME DETINU - UM CASO DE NEFRITETUBULO-INTERSTICIAL E UVEÍTE

SINDROMA NEFRÓTICO CORTICORRESISTENTE

ANTIBIOTICOTERAPIA EMPIRICA NA INFECÇÃO URINARIA DA CRIANÇA

DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL DE UROPATIA MALFORMATIVA: DILEMAS NA ESTRATÉGIA DA INVESTIGAÇÃO PÓS-NATAL

E A MICÇÃO !? É OBRIGATÓRIO PERGUNTAR!... PINGA OU NÃO ?

DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL DE UROPATIA: IMPORTANCIA DO DESENVOLVIMENTO EMBRIOLÓGICO RENAL

CALCIFICAÇÃO RENAL E NEFROPATIA IGA EM CRIANÇA COM HEMATÚRIA MACROSCÓPICA

INDICAÇÕES PARA TERAPÊUTICAS DE SUBSTITUIÇÃO NA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

DOENÇA CRÓNICA -EXPERIENCIA DA UNIDADE DE NEFROLOGIA

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA -EXPERIENCIA DE 16 ANOS (1986-2001)DA UNIDADE DE NEFROLOGIA DO HOSPITAL DE DONA ESTEFANIA

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA -CASUÍSTICA DE 16 NOS (1986-2001)DA UNIDADE DE NEFROLOGIA DO HOSPITAL DE DONA ESTEFANIA

MAIS UM CASO DE "ENURESE"

MULTICYSTIC DYSPLASTIC KIDNEY: THE INFLUENCE OF VESICoureTERAL REFLUX ON CONTRALATERAL RENAL LENGTH

DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL DE UROPATIA MALFORMATIVA: DILEMAS NA ESTRATÉGIA DA INVESTIGAÇÃO PÓS-NATAL

O ESTUDO URODINAMICO NO HOSPITAL DE DONA ESTEFANIA, NA PERSPECTIVA PEDIÁTRICA

INFECÇÃO URINÁRIA NA 1ª INFANCIA -ASPECTOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS

## **SALA 1 -PEDIATRIA GERAL**

BONQUIOLITE AGUDA: ASPECTOS CLÍNICOS E TERAPÊUTICOS NO HOSPITAL DE DONA ESTEFANIA

AGENTES E SENSIBILIDADE A ANTIBIOTERAPIA NA INFECÇÃO URINÁRIA

NA PRIMEIRA INFANCIA ESTUDO IMAGIOLÓGICO NA PRIMEIRA INFECCÃO URINÁRIA DO LACTENTE  
MALFORMAÇÕES CONGÉNITAS DAS VIAS AÉREAS -DOIS EXEMPLOS

## **SALA 2 -PEDIATRIA GERAL**

CASUÍSTICA DA CONSULTA DE FIBROSE QUÍSTICA

INFECCÃO NOSOCOMIAL EM PEDIATRIA-INFECCÕES RESPIRATÓRIAS

INFECCÕES RESPIRATÓRIAS DE REPETIÇÃO -UM DESAFIO DIAGNÓSTICO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

NEUROFIBROMATOSE DE VON RECKLINGHAUSEN: DO DIAGNÓSTICO AO SEGUIMENTO

DOENÇA PULMONAR E INFECCÃO HIV NA PEDIATRIA

DISPLASIA BRONCO-PULMONAR. A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

OTITE MÉDIA AGUDA -COMPLICAÇÕES INTRA E EXTRA-TEMPORAIS A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

## **UNIDADE DE DOENCAS INFECTO-CONTAGIOSAS**

LINFANGITE -UM CASO CLÍNICO

MASSA MEDIASTÍNICA UM CASO CLÍNICO

TUBERCULOSE: UM DOENTE JOVEM, UMA FORMA ANTIGA...A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

## **UNIDADE DE PNEUMOLOGIA**

ATAXIA- TELANGIECTASIA -UM CASO CLÍNICO

PNEUMONITE POR "ÁGUA DE FOGO"

## **SERVICO DE NEUROPEDIATRIA**

**Directora: DR.<sup>a</sup> KARIN DIAS**

O PAPEL DO SERVIÇO DE NEUROLOGIA PEDIÁTRICA NO HDE

THE "FAILURES" OF SPINA BIFIDA TRANSDISCIPLINARY CARE

ANÁLISE DIPOLAR DA ACTIVIDADE PAROXÍSTICA INTERICTAL NA EPILEPSIA ASSOCIADA AOS  
HAMARTOMAS HIPOTALAMICOS CEREBRAL

WHITE MATTER CHANGES IN A CASE OF NIEMANN-PICK C DISEASE 1

OSTEOPETROSE -5 CASOS DO HOSPITAL DE DONA ESTEFANIA

ACUTE ENCEPHALOPATHY WITH LONG-LASTING BUT REVERSIBLE ALTERATION OF  
CONSCIOUSNESS, DYSKINESIA AND COGNITIVE DYSFUNCTION

QUANDO, QUEM E COMO REFERENCIAR A CONSULTA DE NEUROPEDIATRIA  
NEUROLOGIA DO DESENVOLVIMENTO -"NA ROTA DA PARALISIA CEREBRAL  
ENCEFALOPATIA INFANTIL POR DEFICIENCIA DE VITAMINA B12  
SINDROME DO NEVUS LINEAR SEBÁCEO: MANIFESTAÇÕES NEUROLÓGICAS  
TUMOR NEUROECTODÉRMICO PRIMITIVO (PNET) E SUAS DIFICULDADES DIAGNÓSTICAS

**SERVICO DE IMUNOALERGOLOGIA**  
**Director: Prof. Dr. JOSÉ ROSADO PINTO**

RISK FACTORS FOR ASTHMA ADMISSIONS IN CHILDREN  
ALLERGY TO GARLIC IN CHILDREN  
ISAAC- POLUENTES AMBIENTAIS  
NEW IN VITRO DIAGNOSTIC METHOD IN ALLERGY: IMMULITE 2000  
SIBILÂNCIA RECORRENTE NA INFANCIA:  
FACTORES DE RISCO PARA ASMA ACTIVA EM IDADE ESCOLAR  
INSECTOS E ALERGIA -CASO CLÍNICO  
ASMA INDUZIDA PELO EXERCÍCIO NA CRIANÇA DO CONHECIMENTO À TERAPÊUTICA  
OBJECTIVE MARKERS AND CLINICAL OUTCOME OF CHILDREN RECURRENT WHEEZING  
CHILDHOOD ASTHMA: A RE-EVALUATION STUDY FIVE YEARS AFTER HOSPITAL DISCHARGE  
ATOPY AND CHILDHOOD RECURRENT WHEEZING -AN 8 YEAR PROSPECTIVE STUDY  
CHILDHOOD RECURRENT WHEEZING -OBJECTIVE AND SUBJECTIVE EVALUATION  
FOOD CHALLENGES IN CHILDREN IN A HOSPITAL DAY CARE UNIT -SAFETY EVALUATION  
EVALUATION OF EFFECTIVENESS OF A PEDIATRIC EDUCATIONAL  
PROGRAM FOR ASTHMATIC CHILDREN  
RINITE COMO FACTOR DE RISCO PARA A ASMA ACTIVA EM IDADE ESCOLAR  
FIXED ERUPTION: A TWO CASE REPORT SUGGESTING  
INTERACTION BETWEEN DRUG AND FEVER  
ALERGIA A CARNE DE AVES NA CRIANÇA -CASO CLÍNICO  
ALERGIA AO LATEX -EFICACIA DIAGNOSTICA DOS TESTES CUTANEOS  
ASMA NA INFANCIA: ESTUDO REAVALIATIVO CINCO ANOS APÓS A ALTA HOSPITALAR  
PERSISTEN COW'S MILK ALLERGY IN CHILDREN. A FOLLOW UP STUDY

EGC ALLERGY -TO BE OR NOT TO BE BOILED

NEW IN VITRO DIAGNOSTIC METHOD OF COW'S MILK ALLERGY: IMMULITE -2000

ALEOTEÍN VACA LIMÍ IM VIVO RE IN VITRO NA PROGRAMAÇÃO DAS PROVAS DE PROVOCAÇÃO

A EPIDEMIOLOGIA DAS DOENÇAS ALÉRGICAS EM IDADE PEDIÁTRICA -TENDÊNCIAS?

ISAAC FASE 11- LISBOA -OS ESTUDOS CONTINUAM

ALÉRGIA AO LÁTEX: EVICÇÃO E REPERCUSSÃO NA PRODUÇÃO DE IGE ESPECÍFICA

INTOLERÂNCIA AOS ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO ESTERÓIDES - -CARACTERIZAÇÃO DE UMA POPULAÇÃO

ASMA BRONQUICA EM IDADE PEDIÁTRICA E FACTORES DE RISCO -DADOS PRELIMINARES

"ALÉRGIA AO OVO - SENSIBILIZAÇÃO NO ADULTO"

ALÉRGIA A ANESTÉSICOS LOCAIS DO GRUPO AMIDAS COM TOLERÂNCIA À PROCAÍNA

"CONSULTA DE ALÉRGIA MEDICAMENTOSA -ANÁLISE DA CASUÍSTICA"

CURSO DE FÉRIAS PARA CRIANÇAS ASMÁTICAS -AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

AUMENTO DA INCIDÊNCIA DA ALÉRGIA AO LÁTEX EM DOENTE COM ESPINHA BÍFIDA  
-IMPORTÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PRECOCE DE MEDIDAS PREVENTIVAS

SÍNDROME DE ECZEMA / DERMATITE ATÓPICA -ANÁLISE DE UMA POPULAÇÃO

**DEPARTAMENTO DE CIRURGIA**  
**Directora: Dr.<sup>a</sup> DULCE FERRA DE SOUSA**

**SERVICO DE CIRURGIA**  
**Director: Dr. HENRIQUE SÁ COUTO**

A DOENÇA CRÓNICA E A CIRURGIA PEDIÁTRICA

APENDICITES AGUDAS: CASUÍSTICA DO HDE

HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA COM VOLVO GÁSTRICO - A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS

O BOTÃO REVELADOR. A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

GASTROSQUISIS. EXPERIÊNCIA DE 15 ANOS NO HOSPITAL DE DONA ESTEFANIA

PROFILAXIA ANTIBIÓTICA EM CIRURGIA PEDIÁTRICA

ATRÉSIAS INTESTINAIS -REVISÃO CASUÍSTICA DE 10 ANOS SERVIÇO DE CIRURGIA (1991-2001)

**SERVICO DE OTORRINOLARINGOLOGIA**  
**Director: Dr. VITAL CALADO**

PERFIL BACTERIOLÓGICO DA OTITE MÉDIA AGUDA NA REGIÃO DE LISBOA

RASTREIO AUDIOLÓGICO DAS MENINGITES PURULENTAS

FIBROUS BAND OF THE POSTERIOR COMMISSURE, A RARE COMPLICATION OF LARYNGEAL TRAUMA

ASSOCIAÇÃO DE ANESTÉSICO LOCAL NA ANALGESIA PÓS-OPERATÓRIA DA AMIGDALECTOMIA NA CRIANÇA

ABCESSOS / FLEIMÕES PERAMIGDALINOS -EXPERIENCIA DE 10 ANOS

MASTOIDITE AGUDA TUBERCULOSA NA CRIANÇA - A PROPÓSITO DE UM CASOS CLÍNICO.

NEM TODO O ESTRIDOR É LARINGITE - CASO CLÍNICO

SEQUELAS OTOLÓGICAS DAS MENINGITES BACTERIANAS

**UNIDADE DE OFTALMOLOGIA**  
**Director: Dr JOSÉ CARLOS MESQUITA**

DISPLASIA BRONCO-PULMONAR - APOIO OFTALMOLÓGICO

ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS EM CRIANÇAS PORTADORAS DE SPINA BIFIDA

"A CASE OF MOEBIUS- POLAND SEQUENCE: WHERE DID IT START?"

EXAME OFTALMOLÓGICO PEDIÁTRICO

DESENVOLVIMENTO DA VISÃO

AMBLIOPIA

**UNIDADE DE ESTOMATOLOGIA**  
**Directora: Dr.ª ROSÁRIO MALHEIRO**

QUISTOS DOS MAXILARES TRAUMATISMOS ALVÉOLO-DENTÁRIOS:

COMPLICAÇÕES E PREVENÇÃO, EXPERIENCIA CLÍNICA

TRAUMATISMOS ALVÉOLO-DENTÁRIOS:

LESÃO DOS TECIDOS DE SUPORTE, EXPERIENCIA CLÍNICA

CELULITES DA FACE DE ORIGEM DENTÁRIA- CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS

A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS: RABDOMIOSARCOMA E QUISTO DENTÍGERO

A IMAGEM NO DIAGNÓSTICO MÉDICO -UMA PERSPECTIVA

**SERVICO DE ANESTESIOLOGIA**  
**Director: Dr. JOAO SANTIAGO MAIA**

A VIOLÊNCIA DA DOENÇA FÍSICA

**SERVICO DE URGÊNCIA**  
**Directora: Dr.ª LURDES DO Ó FIGUEIRA**

O INTENSIVISMO NO HDE

ACIDENTE COM LÁPIS NUM LACTENTE -UM CASO CLÍNICO

DOENÇA DE HIRSCHSPRUNG ...A PROPÓSITO DE 3 CASOS CLÍNICOS

ENCEFALOPATIA AGUDA NECROTIZANTE -UM CASO CLÍNICO

CATETERISMO VENOSO CENTRAL EM CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS- EXPERIENCIA DE 5ANOS

MIELITE TRANSVERSA AGUDA NO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

COLCHICINA: INTOXICAÇÃO IRREVERSÍVEL ?

COMA NÃO TRAUMÁTICO –CASUÍSTICATIVA DE 10 ANOS NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA DA INFANCIA E DA ADOLESCÊNCIA**  
**Directora: Dr.ª MARIA JOSÉ GONÇALVES**

“PSYCHOANALYTICAL INTERVENTION IN EARLY PSYCHOSIS - A CASE OF SYMBIOTIC PSYCHOSIS”

SINDROME DE MÜNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO-A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

INTERVENÇÃO DA PEDOPSIQUIATRIA NA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DA DOR PEDIÁTRICA: A LIGAÇÃO DA DOR À DIMENSÃO GLOBAL DO SOFRIMENTO

1º ANO DE ACTIVIDADE DA UNIDADE DE INTERNAMENTO DO DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA INFANCIA E DA ADOLESCÊNCIA DO HOSPITAL DE DONA ESTEFANIA. REVISÃO CASUÍSTICATIVA

“ A PEDOPSIQUIATRIA É NECESSÁRIA?” -AVALIAÇÃO DAS PERCEPÇÕES DA PEDIATRIA RELAQAO A PEDOPSIQUIATRIA DE LIGAÇÃO NO H.D.E

EVOLUÇÃO DO PERFIL DA CRIANÇA DA CONSULTA EXTERNA DE PEDOPSIQUIATRIA / EQUIPA DE JULHO

DIAGNÓSTICO PRECOCE NAS PERTURBAÇÕES PSICÓTICAS - A IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO INDICADA EM PEDOPSIQUIATRIA

CRIANÇAS CEDIDAS AOS AVÓS: ESTUDO DE UMA POPULAÇÃO DA EQUIPA 24 DE JULHO NO ANO 2001

FILICÍDIO, VIOLÊNCIA PARENTAL TERMINAL – CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS E PSICODINAMICAS

“AUTO-ESTIMAS E OUTRAS AVALIAÇÕES”: REVISÃO DAS ESCALAS UTILIZADAS PELO DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA DA INFANCIA E DA ADOLESCÊNCIA DO H.D.E

“DORES DE FORA E DORES DE DENTRO” - A IMPORTANCIA DA PEDOPSIQUIATRIA NA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DA EXPERIENCIA DOLOROSA

“VIOLÊNCIA DA DOENÇA FÍSICA: AS REPERCUSSÕES PSICOLÓGICAS DA DOENÇA DE EVOLUÇÃO POTENCIALMENTE MORTAL NA CRIANÇA E NA FAMÍLIA

PERITONITES DE REPETIÇÃO AUTO-INDUZIDAS -UM CASO DE VIOLENCIA EXTREMA DIRIGIDA AO PRÓPRIO

ESTUDO DA PATOLOGIA PSIQUIÁTRICA NUMA POPULAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM QUEIMADURAS – METODOLOGIA

URGÊNCIAS PEDOPSIQUIÁTRICAS NO HOSPITAL DE DONA ESTEFANIA - CASUÍSTICA 2001

### **SERVICO DE IMAGIOLOGIA** **Director: Dr. FRANCISCO ABECASSIS**

INTRODUÇÃO

ASPECTOS PREDITIVOS DO NEURODESENVOLVIMENTO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO  
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CEREBRAL

O NOSSO PASSADO E PRESENTE; AS NOSSAS AMBIIÇÕES DE FUTURO

ECOGRAFIA NO DIAGNÓSTICO DE APENDICITE AGUDA NA CRIANÇA

LESÕES ENCEFALOCLÁSTICAS PRECOSES

MALFORMAÇÕES DA FOSSA POSTERIOR

### **SERVICO DE PATOLOGIA CLÍNICA** **Director: Dr. EDMAR OLIVEIRA**

SUSCEPTIBILIDADE AOS ANTIMICROBIANOS DE *STREPTOCOCCUS PYOGENES*, *HAEMOPHILUS INFLUENZAE*, *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE* E *MORAXELLA CATARRHALIS* DE INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS ADQUIRIDAS NA COMUNIDADE EM 2000.

ESTIRPES HOSPITALARES ISOLADAS NO HDE NOS ÚLTIMOS 10 ANOS

DIARREIAS DE ORIGEM ALIMENTAR EM CRIANÇAS

IMPORTÂNCIA DE UMA POLÍTICA DE ANTI-SÉPTICOS E DESINFECTANTES

“IDENTIFICAÇÃO DE AUTO-ANTICORPOS / CASUÍSTICA (1997-2002)”

SERVIÇO DE PATOLOGIA CLÍNICA DO HOSPITAL DE DONA ESTEFANIA -ANÁLISES CLÍNICAS EFECTUADAS PARA O EXTERIOR NO ANO DE 2002

VIRUS SINCIAL RESPIRATÓRIO NUM HOSPITAL PEDIÁTRICO

### **SERVICO DE IMUNO-HEMOTERAPIA** **Directora: Dr.ª DEONILDE ESPÍRITO SANTO**

HEMOGLOBINOPATIAS - DREPANOCITOSE E B TALASSÉMIA MAJOR

CONTROLO DE QUALIDADE DE COMPONENTES SANGUÍNEOS NO SERVIÇO DE IMUNO-HEMOTERAPIA DO HOSPITAL DE DONA ESTEFANIA

SERVIÇO DE IMUNO-HEMOTERAPIA E O PROJECTO GLOBAL DA QUALIDADE NO HOSPITAL DONA ESTEFANIA

HISTÓRIA DATRANSFUSÃO SANGUÍNEA

**SERVICO DE GINECOLOGIA -OBSTETRÍCIA**  
**Director: Dr. DINIS DA FONSECA**

INTRODUÇÃO

DIAGNÓSTICO PRÉNATAL DA MALFORMAÇÃO ADENOMATÓIDE QUISTICA CONGÉNITA DO PULMÃO: A PROPÓSITO DE TRÊS CASOS CLÍNICOS

HISTEROSSONOGRÁFIA- ESTUDO RETROSPECTIVO DE TRÊS ANOS

TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS TUMORES ANEXIAIS: CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO

EXTROFIA DA BEXIGA E PROLAPSO UTERINO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

PAPEL DE UMA CONSULTA DE GINECOLOGIA PARA ADOLESCENTES NUM HOSPITAL PEDIÁTRICO

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

HEMATOMETRA IN ADOLESCENTS, A RARE REPORT

**SERVICO DE GENÉTICA MÉDICA**  
**Director: Dr. MANUEL MARQUES**

" O SERVIÇO DE GENÉTICA "

NÓS, VÓS, ELES

NÓS, VÓS E ELES "VÓS ...OS SERVIÇOS DE SAÚDE"

"A MULTIDISCIPLINARIDADE FORA DE PORTAS"

NÓS, VÓS E ELES -"NÓS ...CLÍNICA"

SÍNDROMA DE BERARDINELLI-SEIP: MUTAÇÕES NO GENE AGPAT2, LOCALIZADO EM 9034, RESPONSÁVEIS POR LIPODISTROFIA CONGÉNITA GENERALIZADA. -ESTUDO ENVOLVENDO UMA FAMÍLIA PORTUGUESA

**CONSULTA EXTERNA**  
**Director: Dr. ANTÓNIO MARTINS ROQUE**

O DESENVOLVIMENTO MORAL DA CRIANÇAS

CATARATAS NUMA CRIANÇA COM ALTERAÇÕES NO METABOLISMO DA GALACTOSE

INFECÇÃO DO TRACTO URINÁRIO SUPERIOR

**SERVICO DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO**  
**Directora: Dr.ª MADALENA LEVY**

REABILITAÇÃO DA CRIANÇA COM AMPUTAÇÃO/DEFICIÊNCIA NO MEMBRO INFERIOR -UM DESAFIO!

TRATAMENTO DA ESPASTICIDADE NA CRIANÇA

**DIVERSOS**

DESENVOLVIMENTO DA UNIDADE DE DOR DO HOSPITAL DE DONA ESTEFANIA

QUESTÕES QUE SE COLOCAM NA UTILIZAÇÃO DO EMLA. CREME OU PENSO

COMISSÃO DE TRANSFUSÃO SANGUÍNEA DO HOSPITAL DE DONA ESTEFANIA

**NOTA DOS EDITORES**

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

**SERVICO 1 DE PEDIATRIA**  
**Director: Professor Doutor João M. Videira Amaral**

**PEDIATRIA GERAL**

**COMUNICAÇÃO E CULTURA -ALGUMAS REFLEXÕES**

Reflectir sobre comunicação e cultura coaduna-se, no meu entender, com a publicação de mais um número do ANUÁRIO DO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA" a qual culmina com uma reunião científica em que são apresentados os trabalhos que se destacaram no ano anterior, de autorias muito diversas - desde o jovem interno ao sénior- , sobre os mais variados temas pediátricos: investigação, experiência dos resultados assistências e formação. De facto, um evento deste tipo pode considerar-se urna manifestação de cultura. No sentido lato, "Comunicação" é definida como a arte de entender e de nos fazermos entender. Implícitas na definição estão as noyões de dualidade do processo comunicativo, ou seja, trata- se de um processo dinâmico, bidireccional e interactivo entre o emissor e o receptor, entre nós e aqueles com quem estabelecemos relação.

Para exercer Medicina é fundamental saber comunicar sendo de referir que a comunicação entre o doente e o médico constituiu, desde sempre, urna das bases sólidas em que assenta o acto clínico consubstanciado numa das suas vertentes principais a realização da história clínica. Por outro lado, todo o médico tem o dever ético, conforme as circunstancias, de transmitir ou comunicar com bom senso, rigor e humanismo os dados obtidos, para que o acto clínico seja considerado eficaz e eficiente, permitindo um bom serviço a comunidade. Aliás, saber comunicar bem com o doente e/ou a família faz parte dos parâmetros de avaliação da qualidade assistência em que é dada ênfase a garantia de a mensagem transmitida ser entendida pela outra parte.

Formas de comunicar são igualmente, tal como as brincadeiras entre mãe e filho, entre adultos e crianças , a interacção estabelecida entre o médico e a criança em diversas circunstancias , como no próprio acto clínico. Nestes casos a comunicação reveste- se de importância crucial pois a interacção precoce criança - adulto permite elaborar a estrutura cognitiva do ser em desenvolvimento, o que tem implicayões óbvias futuras. Com efeito, o modo como decorrem as interacções em fases precoces repercutir-se-á na cultura da criança, futuro adulto. Daí o interesse de o médico que lida com crianças adquirir competências para saber interagir / comunicar com as mesmas.

Desejava debruçar-me sobre um aspecto formal da modalidade de comunicação escrita clássica, dita científica, dirigida a inter pares, tipificada pelos chamados artigos científicos divulgados em revistas científicas, neste caso, na área biomédica. Aliás, através do ANUÁRIO são comunicados resumos de trabalhos já divulgados, ou na modalidade de exposição oral ou na modalidade de textos escritos publicados anteriormente.

Todas as formas de comunicação exigem uma escrita clara e simples, urna construção frásica que não seja confusa assim como uma boa organização. É, pois, fundamental, escrever de forma clara e fácil de compreender- princípio básico da comunicação, como foi atrás referido. É facto assente que quem quiser escrever com clareza pode aprender muito lendo um bom jornal tablóide. Com efeito, ignorando o conteúdo da história e a gíria jornalística, comprova-se em geral que o conteúdo é narrado de forma concisa e imediata. Um artigo de primeira página pode ter apenas cerca de 300 palavras - ou 20 a 30 frases - o modelo quantitativo habitualmente preconizado para os resumos dos artigos científicos - mas contém toda a informação que o autor ou autores desejam transmitir. E algumas destas regras utilizadas em jornalismo poderão ser aplicadas na linguagem biomédica dita científica dirigida a inter pares.

Hoje em dia o inglês tornou-se a língua universal "o esperanto" da actualidade, de tal modo que existem múltiplas revistas científicas congregando um corpo redactorial proveniente dos países mais diversos adoptando aquele idioma como o oficial e único. O objectivo é promover uma mais eficaz e universal comunicação de dados decorrentes da investigação realizada nos mais diversos quadrantes de toda a comunidade científica.

Assim não é de estranhar que, no âmbito da linguagem biomédica e de outras áreas técnico-profissionais seja notória a influencia do inglês, consubstanciada no "enxerto" ou inclusão de inúmeros vocábulos em inglês nos textos de artigos em língua portuguesa o que se designa por estrangeirismos. Por vezes, também são utilizadas palavras novas ou neologismos derivados de outra língua. Outra situação ainda é a ocorrência de verdadeiros erros ortográficos resultantes de imitações de vocábulos doutras línguas, incluindo o castelhano. Os estrangeirismos, os neologismos e as imitações constituem vícios de comunicação, o que é considerado lamentável, pelos filólogos, sobretudo quando no léxico português existem vocábulos de alternativa.

Eis alguns escassos exemplos: de estrangeirismos à follow-up em vez de seguimento; score em pontuação ou índice; screening em vez de rastreio ou deteção; performance em vez de desempenho; guidelines em vez de normas de orientação ou de actuação; slide em vez de diapositivos etc.; de neologismos e de erros de imitação a randomizado em vez de aleatório; aerosol em vez de aerossol; craneano em vez de craniano; rehidratação em vez de reidratação (pois não se escrevia já desidratação e não desidratação?).

Todos sabemos que a língua não é um sistema fechado; pelo contrário, ela corresponde a um processo de comunicação vivo que continuamente recebe e assimila. O português do século XXI evoluiu desde os primórdios da nossa nacionalidade a partir do latim; de facto, falamos o latim numa das fases da sua evolução! E o português do século XXI é substancialmente diferente do português da idade média. Mas o que está em causa é a utilização indiscriminada de vocábulos estrangeiros e de erros ortográficos em completa desobediência ao que está estabelecido nos prontuários da língua portuguesa.

Em suma, entendo, como outros, que defender a língua portuguesa constitui um acto de cidadania e de cultura e que tal atitude deverá ser defendida pelos seniores que são o modelo para a nova geração. Pelo contrário, o não respeito por estes princípios contribuirá inexoravelmente para certa forma de colonização e para a distorção cultural.

## QUESTÃO DAS URGÊNCIAS

João M. Videira Amaral

Clínica Universitária de Pediatria / Serviço 1 - Hospital Dona Estefânia

Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Nova de Lisboa

Acta Pediatr. Port., 2002; 33: V-VI

**Resumo:** O tema das urgências, de grande impacte, quer no cidadão comum, quer em quem trabalha no Serviço Nacional de Saúde, está na ordem do dia. Na minha perspectiva há duas razões essenciais: o recente protocolo levado a efeito por duas instituições de Lisboa, - o Hospital de Santa Maria (HSM) e o Hospital Dona Estefânia (HDE) e a divulgação ao do Despacho Normativo 11 12002 que pretende institucionalizar uma nova valência funcional integrando equipas médicas fixas profissionalizadas e autónomas, ou seja, o chamado Serviço de Urgência Hospitalar. De facto, quem trabalha numa instituição ao hospitalar confronta-se com uma realidade: tudo é programado em função das necessidades em recursos humanos para viabilizar a forma<;:ao das equipas rotativas de "banco"- para empregar a gíria tradicional na cidade de Lisboa; o médico tal ou tal poderá desempenhar ou não determinada tarefa, se "não estiver de banco", ou não a poderá executar se, pelo contrário, estiver de "banco" ou de "folga de banco", deduzindo-se as repercussões no âmbito doutras valências assistências do internamento, do ambulatório, da forma<;:ao e até da investiga<;:ao. Ou seja, a presta<;:ao no "banco" é o pivô de toda a dinâmica assistência, podendo concluir-se que há um desequilíbrio entre as necessidades em recursos humanos para a urgência e as mesmas necessidades para dar satisfação a outras valências. Considero que o acordo HSM - HDE (prestação em alternância, dois dias numa instituição e cinco dias noutra) corresponde a uma situação pragmática e lógica embora paliativa -tendo em conta a carência em recursos humanos, rendibilizando os existentes. Isto, na perspectiva de uma ruptura iminente, a não serem tomadas medidas. No entanto, a situa<;:ao actual corresponde a uma agudização ao dum problema que se pode considerar crónico um epifenómeno de diversos problemas de fundo que tem, a meu ver, com opções feitas ao longo dos anos em termos de planeamento global na área da saúde. De facto, somente cerca de 25% das situações clínicas que recorrem as urgências correspondem a situações verdadeiramente urgentes ou emergentes. O excedente de casos utilizando os servi<;:os de urgência hospitalares de níveis III-IV (pelo menos nas grandes zonas urbanas de maior densidade populacional), embora com explicação multifactorial, deve-se essencialmente a falta de capacidade de resposta do nível assistência de cuidados primários ou de níveis assistências menos

diferenciados funcionamento das estruturas na retaguarda com recursos humanos e técnicos inadequados a urna triagem eficaz das situações mais comuns 24 horas por dia, falta de confiança do cidadão em tais estruturas e, também, a inexistência de urna cultura de utiliza<;ao adequada dos recursos da saúde pela maioria da população ao mal informada e desiludida. Com efeito, numa perspectiva consumista, a mesma serve-se dos serviços de urgência por ser talvez mais cómodo, à semelhança do que acontece num supermercado para se abastecer. Porque paga impostos, tem direitos... Outra leitura que se pode fazer do panorama traçado é que, pelo menos na grande Lisboa, com honrosas excepções, a grande maioria das chamadas unidades coordenadoras funcionais estruturas conjuntas de ligação entre os hospitais e os centros de saúde não têm funcionado, seguramente por razões alheias a competência e boa vontade dos respectivos elementos integrantes. No que respeita ao papel das estruturas de saúde pré-hospitalares na assistência aos casos urgentes, numa perspectiva idealista (não utópica, bastando haver vontade política) admito que, o problema poderia ser melhorado se fossem tomadas, a médio prazo, determinadas medidas que considero etiológicas, centradas, sobretudo, nas estruturas de base e não nas estruturas de nível assistência mais diferenciado: esclarecimento estruturado e contínuo da população, centros de saúde com apoio técnico logístico mais diferenciado e implementação ao da figura de clínico geral I médico de família com perfil em saúde infantil (pressupondo período formativo mínimo de 12 meses em alternativa ao período formativo actual de 3 meses) enquanto não for recuperado o papel do pediatra comunitário cujo projecto tem sido "metido na gaveta" e que teria papel crucial na liga<;ao estruturas hospitalares cuidados primários.

## **A INTERNET COMO VEÍCULO DE INFORMAÇÃO NA ÁREA BIOMÉDICA -ÉTICA E QUALIDADE**

João M. Videira Amaral

Clínica Universitária de Pediatria / Serviço 1 - Hospital Dona Estefânia

Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Nova de Lisboa

Acta Pediatr. Port., 2002; 33: 217-22

**Resumo:** A Internet, a maior rede informática do mundo, com enormes potencialidades, designadamente no campo da educação médica e da investigação, não está ainda regulamentada por leis.

O objectivo deste artigo é abordar sucintamente algumas questões que se prendem com a qualidade e a ética dos conteúdos de âmbito biomédico veiculados através deste meio de comunicação. Está demonstrado que urna perda significativa daquela informação, sobretudo a de cariz não especializado e a dirigida a população em geral, nalguns casos, contém erros e é fraudulenta. No que respeita a qualidade da informação, há determinados critérios que deverão ser tidos em conta para garantia da mesma, como a menção do autor ou autores, do respectivo perfil curricular, da instituição donde provém, das entidades patrocinadoras e a actualidade dos conteúdos. A omissão destes dados considerados essenciais constitui indício de défice de idoneidade. Algumas éticas que se levantam com a divulgação da informação, na perspectiva da aplicação ao a clínica, tem a ver, designadamente com a responsabilidade médica, com os conflitos de interesses e com a relação ao médico - doente /familiar; na perspectiva da investigação, poderão surgir questões relacionadas sobretudo com confidencialidade dos dados e com o anonimato dos participantes que fazem parte do material de estudo. Por fim, são referidos alguns sítios que poderão ter interesse para a pediatria ou interno de pediatria nas vertentes de assistência, investigação e educação médica.

**Palavras-chave:** Internet, Educação Médica, Ética, Qualidade da Informação, Investigação, Assistência aos doentes.

## **PRÉ-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E INSTITUIÇÕES DE SAÚDE – QUE RELAÇÃO ? LOCAIS DE ENSINO E CARREIRAS MÉDICAS**

João M. Videira Amaral

Clínica Universitária de Pediatria / Serviço 1 - Hospital Dona Estefânia

Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Nova de Lisboa

Acta Pediatr. Port., 2002; 33: 293-6

## **Resumo**

A relação entre as instituições de ensino onde se ministra o ensino pré-graduado de medicina e os serviços de saúde são complexas tendo em consideração o panorama actual do nosso país no qual, em 1975, foram extintos os chamados hospitais escolares. O sistema actual, baseado no conceito de “hospital central com funções de ensino” pode considerar-se híbrido, pela concomitância de duas carreiras – a académica e a hospitalar – o que pode conduzir a situações ambíguas, nem sempre pacíficas.

O objectivo deste artigo, dividido em duas partes, é analisar alguns aspectos da relação entre as faculdades médicas e as instituições onde se processa o ensino clínico pré-graduado da Pediatria com base na experiência do autor e na revisão da literatura.

Nesta primeira parte, para compreensão de toda a problemática, são abordadas algumas questões ligadas aos antecedentes históricos que culminaram com a extinção dos hospitais escolares clássicos, aos locais de ensino, ao perfil do futuro médico e à relação entre as carreiras académica e hospitalar.

**Palavras-chave:** Ensino pré-graduado; serviços de saúde; relações interdepartamentais; estágios; locais de ensino-aprendizagem.

## **PRÉ-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E INSTITUIÇÕES DE SAÚDE – QUE RELAÇÃO? REPERCUSSÃO DO ENSINO NA ASSISTÊNCIA E PROBLEMAS DE ARTICULAÇÃO INSTITUCIONAL**

João M. Videira Amaral

Clínica Universitária de Pediatria / Serviço 1 - Hospital Dona Estefânia

Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Nova de Lisboa

Acta Pediatr. Port., 2002; 33: 369-72

**Resumo:** A relação entre as instituições de ensino onde se ministra o ensino pré-graduado de medicina e os serviços de saúde são complexas tendo em consideração o panorama actual do nosso país no qual, em 1975, foram extintos os chamados hospitais escolares. O sistema actual, baseado no conceito de “hospital central com funções de ensino” pode considerar-se híbrido, pela concomitância de duas carreiras – a académica e a hospitalar – o que pode conduzir a situações ambíguas, nem sempre pacíficas.

O objectivo deste artigo, dividido em duas partes, é analisar alguns aspectos da relação entre as faculdades médicas e as instituições onde se processa o ensino clínico pré-graduado da Pediatria com base na experiência do autor e na revisão da literatura.

Nesta segunda parte, são analisados essencialmente dois tópicos: a) repercussão dos estágios dos alunos no funcionamento das instituições de assistência e; b) problemas de articulação entre as instituições de saúde e as universidades.

No respeitante à alínea b) são analisados alguns factores que poderão estar na base de tais problemas de articulação tais como: falta de incentivos para quem se dedica ao ensino, nomeadamente baixíssima pontuação nos critérios de avaliação dos concursos da carreira hospitalar, desvalorização dos títulos académicos e desvalorização do ensino como critério quando se trata de avaliar a produtividade dos serviços de assistência aos doentes.

Concluindo que os problemas de articulação universidades – instituições de saúde, possivelmente diversos de escola para escola, são susceptíveis de comprometer os objectivos educativos e a qualidade do ensino – aprendizagem, o autor admite que as questões analisadas merecem legislação sem ambiguidades.

**Palavras-chave:** Ensino pré-graduado; serviços de saúde; relações interdepartamentais; estágios; locais de ensino-aprendizagem.

## **THE NEW PORTUGUESE PEDIATRIC RESIDENCY TRAINING CURRICULUM – THE RESIDENT’S PERSPECTIVE IN A CHILDREN’S CENTRAL HOSPITAL SETTING**

João M. Videira-Amaral  
Clínica Universitária de Pediatria / Serviço 1 - Hospital Dona Estefânia  
AMEE Conference  
Lisbon 2002 (Sep. 29 – Oct 1)

**Objective-** In 1996 the new pediatric residency training guidelines became effective. The main innovation was concerned with the opportunities of clinical practice in district hospital and primary care center settings. This study aimed to assess the feedback and suggestions from the trainees as the keystone of future planning endeavours.

**Methods-** A questionnaire was sent to 20 residents belonging to Dona Estefânia Children's Hospital(Pediatric Service 1-University Department)

**Main Findings and Conclusions-** The majority of respondents regarded this multicenter training model as good or sufficient. Some residents expressed concern regarding excessive amounts of time available for preparation in district hospitals and primary care centers where the respective trainer support offered is sometimes unacceptable. They also indicated concerns and lack of incentives for research taking into account the very low scores devoted to research in final exams.

### **THE MOTIVATION TO TEACH – THE UNDERGRADUATE TUTOR'S PERSPECTIVE**

João M. Videira-Amaral,MD,PhD , L. Pereira Silva, MD  
Clínica Universitária de Pediatria/Hospital Dona Estefânia/Serviço 1  
AMEE Conference  
Lisbon 2002 (Sep 29- Oct 1)

**Objective:** There is evidence that many factors influence the motivation and the degree of satisfaction of medical teachers. The aims of this study were to explore these issues among respondents

**Methods:** An interview among undergraduate senior tutors to the years 5<sup>th</sup> and 6<sup>th</sup> (Pediatrics Course at Medical Sciences Faculty-Universidade Nova de Lisboa) was carried out.

**Main Findings and Conclusions-** Interview results identified a number of barriers to motivation to teach, impairing their satisfaction and efforts in medical education mainly related to: unsatisfactory student's exposure in hospital- based practice and emergency setting (for the 5<sup>th</sup> year), teachers heavily burdened by patient care and administration tasks , high number of students , the work of the tutor is not appropriately remunerated or not remunerated (free trainers), lack of space and equipment and lack of incentives for teaching tasks taking into account the low scores devoted to this issue in hospital carrier contests.

**Key Words:** Undergraduate teaching, medical school, hospital teaching, motivation, incentives for teaching

### **A PEDIATRIA MÉDICA E DESENVOLVIMENTO DAS ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS NO SERVIÇO 1 DE PEDIATRIA MÉDICA**

João M. Videira Amaral  
Serviço 1 de Pediatria Médica  
Congresso do Hospital Dona Estefânia - 125 na Saúde da Mulher e da Criança  
Lisboa, 16-18 de Outubro de 2002

**Objectivo:** Relatar os antecedentes e a evolução das condições assistências no serviço 1 que conduziram ao desenvolvimento das especialidades pediátricas.

**Método:** Pesquisa bibliográfica e testemunhos vivos.

**Conteúdo:** Desde 1913 o Hospital Dona Estefânia (HDE) ficou integrado nos Hospitais Cívicos de Lisboa (HCL). Figuras pioneiras ficaram ligadas ao HDE tais como o Professor J. Salazar Sousa (o primeiro professor de Pediatria que leccionou no mesmo) o Dr. Leite Lage e o Doutor Manuel Cordeiro Ferreira, este último, fundador da Escola Pediátrica dos HCL.

Salienta-se a existência de uma enfermaria (Sala 2) que até final da década de 70 serviu para tratar diarreias com desidratação, panorama explicado pelo papel incipiente dos cuidados primários até ao final da referida década.

A primeira especialidade criada, derivando da Pediatria Médica, foi a Hematologia (consulta inaugurada em 1969) passando a ter sala de internamento a partir de 1978.

Em 1983 foi fundada a Consulta de Endocrinologia que mais tarde originou uma unidade funcional.

A Neonatologia, anteriormente ligada à Maternidade Magalhães Coutinho, passou a dispor de Cuidados Intensivos. A unidade criada instalada na Sala 3, com o apoio da Fundação Gulbenkian foi inaugurada em 1983. Também em 1983 foi inaugurada a Consulta de Endocrinologia que passou a dispor de Unidade em 1986.

A Gastreterologia/Hepatologia, derivando do Núcleo de Gastreterologia, arrancou em 1976. As primeiras endoscopias (altas) passaram a ser realizadas em 1984 e, em 1994 procedeu-se a reequipamento da Unidade, com a colaboração da Fundação Gulbenkian.

De referir ainda que, inicialmente a então designada Unidade de Cuidados Intermédios que constituiu o primórdio da Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), esteve instalada em área do Serviço 1.

Todas as especialidades pediátricas criadas colaborando igualmente no ensino pré e pós-graduado desenvolveram a investigação, projectando o Serviço e o hospital no país e no estrangeiro.

O Serviço 1, apesar do desenvolvimento das especialidades tem privilegiado sempre a Pediatria Geral (o que o distingue doutros hospitais centrais) facto que se tem afirmado fundamental não só na assistência como também no ensino pré e pós-graduado e na investigação.

**Palavras-chave:** Pediatria; Especialidades Pediátricas, Ensino Pré-Graduado; Ensino Pós-Graduado

## **LIMITES DA INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA EM PEDIATRIA**

João M. Videira Amaral

Serviço 1 de Pediatria Médica

Congresso do Hospital Dona Estefânia – 125 anos na saúde da mulher e da criança

Lisboa, 16-18 de Outubro de 2002

**Objectivo:** Analisar a generalidade dos princípios éticos que legitimam a utilização racional dos meios de intervenção terapêutica mais adequados à situação clínica.

**Pressuposto:** Há factores de ordem biológica, tecnológica, jurídica, económica e ética que têm imposto limites ao crescimento dos cuidados de saúde.

**Método:** Pesquisa bibliográfica.

**Conteúdo:** No século XX levou-se a tal ponto o sonho de uma medicina sem limites que a Organização Mundial de Saúde em 1985, divulgou um importante documento intitulado “Saúde para todos no ano 2000”, à posteriori considerado uma utopia. De facto, as grandes vitórias da medicina têm permitido maiores taxas de sobrevivência mas igualmente uma nova morbidade que condiciona custos mais elevados. Nesta perspectiva de contenção de custos surge a noção de “tentação administrativa” para usar a expressão de Jean Barnard em 1974. Considerando o binómio custos-limites de intervenção surgem dilemas na aplicação dos referidos limites, nomeadamente nas doenças crónicas. Limitar a intervenção das doenças de maior prevalência? Mais incapacitantes? Das que consomem mais recursos? Dos mais velhos? Dos mais novos? Dos que utilizam tecnologias mais sofisticadas? A incerteza quanto a certos diagnósticos e os valores ético-profissionais dos diferentes elementos da equipa poderão igualmente originar conflitos. Por outro lado, limitar a terapêutica não significa abandono do doente.

**Conclusão:** Fazendo a distinção entre eutanásia e distanásia, o autor dá ênfase ao conceito de cuidados paliativos que, pela definição de Saunders (OMS, 1960) corresponde, a uma assistência total e efectiva ao doente e família por uma equipa multidisciplinar quando a doença já não responde à terapêutica curativa.

**Palavras-chave:** Terapêutica, Pediatria, Ética, Deontologia, Normas de actuação.

## **SALA 1 -PEDIATRIA GERAL**

## **INFECÇÃO RESPIRATÓRIA BAIXA RECORRENTE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Rita Soares\*; Filipe G. Silva\*; Raul Silva\*; J. A. Oliveira Soares\*\*

\* Serviço 1 - Sala 1, \*\* Broncologia Pediátrica, Hospital de Dona Estefânia

Reunião Clínica do Serviço 1

Lisboa, Janeiro de 2002

**Introdução:** A atresia do esófago com fístula traqueo-esofágica (AE-FTE) pode complicar-se por infecção respiratória de repetição associada ao refluxo gastro-esofágico ou a refistulização após correção cirúrgica.

**Objectivo:** Apresentar um caso clínico de AE-FTE com refistulização precoce e tardia.

**Caso clínico:** Criança com AE-FTE, operada no 2º dia de vida, com pós-operatório complicado por mediastinite e pneumonia. A broncofibroscopia mostrou sinais de refistulização esófago-brônquica, sendo reoperado. Após a alta, com 3,5 meses de vida, teve episódios recorrentes de dificuldade respiratória, três dos quais resultaram em internamento com o diagnóstico de pneumonia. A adesão às consultas de seguimento foi deficiente. Aos 18 meses foi novamente internado com os diagnósticos de pneumonia bilateral e má nutrição grave. Os antecedentes levaram à realização de broncofibroscopia que revelou dois orifícios de fístula esófago-brônquica. Foi instituída terapêutica com cefuroxima, broncodilatadores, corticóides e alimentação parentérica, aguardando-se melhoria do quadro respiratório e nutricional para a correção cirúrgica. Perante o agravamento no 6º dia de internamento, a antibioterapia foi alterada para cefotaxima e gentamicina, com boa resposta clínica. Ao 20º dia verificou-se novo agravamento do quadro respiratório e dos parâmetros laboratoriais de infecção, sem resposta a nova revisão da antibioterapia. No 28º dia foi transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos por prostração e hipoxémia, onde foi iniciada ventilação assistida. Faleceu por insuficiência respiratória num contexto de hipoxia grave refractária.

**Comentário:** Cerca de 3 a 11% dos casos de FTE refistulizam após a correção cirúrgica, facto que obriga a uma vigilância rigorosa destas situações e a um elevado nível de suspeição.

**Palavras chave:** atresia do esófago; fístula traqueo-esofágica; infecção respiratória recorrente.

## **DOENÇA DE GILBERT - A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS NA MESMA FAMÍLIA**

Filipe Glória Silva\*, N. Gonçalves\*, A. Borba\*, M. Leite\*, Teresa Santos\*\*; Conde Blanco\*

\* Serviço 1, \*\* Serviço 2, Consulta de Pediatria Médica, Hospital de Dona Estefânia

Reunião Clínica do Serviço 1

Lisboa, Março 2002

**Introdução:** A Doença de Gilbert (DG) é uma perturbação crónica benigna do metabolismo da bilirrubina, mais frequente no sexo masculino, com hereditariedade autossómica variável e casos esporádicos.

**Objectivo:** Apresentar dois casos clínicos de Doença de Gilbert em mãe e filho, referenciados ainda sem diagnóstico definitivo na mãe.

**Caso clínico:** Criança de 2 anos, sexo masculino, raça branca, natural de Lisboa. Antecedentes familiares de icterícia ondulante na mãe, associada à ingestão de álcool e ao stress, atribuída a uma deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase (G6PD). Gravidez de termo, parto eutócico, sem icterícia neonatal. Referenciado aos 2 meses para consulta de Hematologia por icterícia das escleróticas. Doseamento de G6PD normal na mãe e na criança. Foi identificada neutropénia transitória atribuída a infecção pós natal por CMV. Assintomático entre os 3 e os 12 meses. Voltou, depois, a ter períodos de icterícia das escleróticas associada a episódios de otite e gastroenterite. Referenciado aos 18 meses por novo episódio de icterícia. Escleróticas subictéricas na primeira consulta. Análises anteriores com hiperbilirrubinémia de 8,79 mg/dL (predomínio bilirrubina não conjugada) aos 2,5 meses, diminuindo para valores borderline aos 5 meses. Função hepática sem alterações, sem evidência de hemólise. O estudo do metabolismo das bilirrubinas foi compatível com Doença de Gilbert na mãe e “borderline” na criança, sugerindo-se a repetição do exame.

**Comentário:** A DG pode ter um componente hemolítico em até 50% dos casos. Por vezes, é demonstrada a coexistência de anemias hemolíticas hereditárias (incluindo a deficiência de G6PD), com as quais faz, também, diagnóstico diferencial.

**Palavras chave:** icterícia ondulante; Doença de Gilbert; anemia hemolítica hereditária

## **PNEUMONIA COM DERRAME: TRATAMENTO MÉDICO CIRURGICO E OUTROS... - UM EXEMPLO DE BOA ARTICULAÇÃO ENTRE HOSPITAL DISTRITAL E CENTRAL..**

Rita Soares \*, Rui Alves \*\*, António Armador \*\*\*, Francisco José\*\*\*\*

\* Serviço 1 - Sala 1 do Hospital Dona Estefânia; \*\* Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital Dona Estefânia; \*\*\* Serviço de Pediatria Hospital Dr. Manoel Constâncio.

Reunião Casos Clínicos Secção de Pneumologia da Sociedade Portuguesa Pediatria Hospital Pediátrico de Coimbra (Comunicação livre)  
Coimbra, Maio de 2002.

**Resumo: Introdução:** Tem-se verificado um aumento significativo do número de crianças com derrame parapneumónico e empiema. A emergência das estirpes resistentes aos antibióticos parece ser um dos factores contributivos, traduzindo-se por evoluções clínicas mais complicadas; discute-se o eventual papel nefasto da utilização indiscriminada de anti-inflamatórios potentes para o controlo da apirexia.

**Objectivos:** Apresentar um caso de pneumonia com derrame com evolução insidiosa, mas favorável.

**Caso-clínico:** Os autores apresentam o caso de uma criança de 22 meses, incumpridor do Plano Nacional de Vacinação em virtude da opção familiar por medicina alternativa, aparentemente saudável até duas semanas antes do internamento, altura em que surgiu febre elevada, tosse seca, sem sinais de dificuldade respiratória, durante esse período efectuou terapêutica sintomática de medicina convencional e alternativa. Foi internado no Hospital Distrital de Abrantes, apresentando semiologia de pneumonia extensa à esquerda com derrame parapneumónico, confirmado por imagiologia. Analiticamente tinha parâmetros de infecção bacteriana pelo que iniciou terapêutica com cefotaxime e vancomicina; ao 6º dia de terapêutica por persistência da imagem ecográfica foi transferido para Hospital Dona Estefânia. Aí efectuou TAC torácica que revelou empiema volumoso à esquerda, com espessamento pleural, realizou toracocentese com saída de 70 cc de líquido e realizou descorticação cirúrgica 48 horas depois. Não foi possível isolar o agente. Houve boa evolução clínica, laboratorial e imagiológica, tendo alta ao 20º dia com indicação para cumprir 15 dias de terapêutica com cefixima e rifampicina oral, inicia concomitantemente e de moto próprio, terapêutica alternativa. Foi re-internado 3 dias após alta por exantema sugestivo de toxidermia, o que motivou suspensão de terapêutica alternativa e cefixima.

**Conclusão:** Os autores discutem o que terá contribuído para a evolução clínica do caso que apresentam. Recordam ainda a importância do adequado diagnóstico (clínico, bacteriológico e imagiológico) e terapêutica (médica e cirúrgica) para a resolução favorável deste tipo de patologia.

## **RAQUITISMO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Filipe G. Silva \*; Raul Silva\*

\* Serviço 1 – Sala 1, Hospital de Dona Estefânia

Reunião Clínica do Serviço 1

Lisboa, Maio de 2002

**Introdução:** Embora a carência de vitamina D (Vit. D) seja a causa mais frequente de raquitismo a nível mundial, a síndrome raquítica pode ter etiopatogenia diversa, com implicações terapêuticas e prognósticas.

**Objectivo:** Apresentar um caso clínico de raquitismo ainda sem diagnóstico etiológico definitivo.

**Caso clínico:** Criança de 2 anos, raça negra, natural e residente em Cabo Verde, sem antecedentes familiares de raquitismo. Gravidez de termo vigiada, parto eutócico. Alimentada com leite adaptado a partir das 6 semanas; diversificação alimentar a partir dos 6 meses. Tomou suplemento de vitamina D desde o nascimento. Aos 6 meses de idade surgiu um atraso do desenvolvimento estatural, com cruzamento de percentis. Aos dois anos não conseguia ficar de pé sem apoio e apresentava uma ligeira hipotonia. Desenvolvimento mental adequado. A avaliação radiológica em Cabo Verde mostrou um alargamento em

taça das epífises distais dos ossos. Fosfatase alcalina elevada. Foi referenciado para o nosso hospital por raquitismo, tratado diariamente com 3200 U de Vit. D e cálcio.

Na data da admissão verificou-se caput quadratum, rosário costal, alargamento dos cotovelos e punhos e coxa vara. Analiticamente, salienta-se a hipocalcémia e hipofosfatémia, elevação da PTH e hiperfosfatúria, sem alteração da urina II; valor elevado de 25-OH-Vit.D; 1,25-OH-Vit.D normal. Foi iniciada terapêutica com dieta enriquecida, e calcitriol e fósforo em doses crescentes. Após paragem cardíaca na 2ª semana por hipocalcémia, durante intercorrência de gastroenterite aguda, foi também introduzido cálcio. Verificou-se subida da fosfatémia à 3ª semana. Foi referenciado para a Consulta de Nefrologia.

**Conclusão:** O quadro clínico-analítico não permite um diagnóstico etiológico definitivo. Os antecedentes e a resposta da fosfatémia não apoiam o diagnóstico de hipofosfatémia familiar. Admitiu-se raquitismo vitamina D-dependente embora não fossem esperados níveis normais de 1,25-OH-Vit.D. A avaliação da aminoacidúria e a repetição dos níveis séricos dos metabolitos da Vit. D poderão contribuir para a confirmação do diagnóstico.

**Palavras chave:** Raquitismo vitamina D-dependente; hipofosfatémia familiar, atraso do crescimento.

## **EVOLUÇÃO DA SALA 1 DO SERVIÇO 1 – COMPARAÇÃO DAS CASUÍSTICAS DE 2000 E 2001**

Sandra Jacinto, Filipe Glória Silva, Rita Soares

Sala 1 – Serviço 1 – Departamento de Medicina, Hospital Dona Estefânia

Reunião Geral do Hospital Dona Estefânia

Lisboa, Junho de 2002

**Introdução:** A Sala 1 do Serviço 1 caracteriza-se por anualmente realizar a sua auditoria interna, na perspectiva de avaliar o trabalho realizado e detectar aspectos passíveis de melhoramento. Trata-se de uma enfermaria de Pediatria Geral com 16 camas de primeira infância, 6 de segunda infância e adolescência e duas de hospital de dia (endocrinologia, gastroenterologia ou outras especialidades).

**Objectivos:** Comparar a actividade desenvolvida na Sala 1 nos anos de 2000 e 2001.

**Tipo de Estudo:** Retrospectivo

**Material e métodos:** Foram comparadas as casuísticas da Sala 1 dos anos de 2000 (já publicada) e 2001, elaboradas com base na “Ficha de Codificação” da Sala 1. Foram excluídos os internamentos com patologia exclusivamente endocrinológica e do tipo hospital de dia. As variáveis estudadas incluíram dados administrativos, socio-demográficos e nosológicos.

**Resultados:** Comparativamente ao ano anterior, verificou-se que em 2001 ocorreram mais 24 internamentos. A demora média foi semelhante (+0,1 dias). Os diagnósticos principais mais frequentes continuaram a ser a infecção respiratória baixa, gastroenterite aguda (GEA) e pielonefrite aguda, verificando-se um aumento dos dois últimos. As demoras médias dos internamentos por pneumonia e GEA foram semelhantes nos dois anos. Verificou-se um aumento de 2,1 dias na demora média dos casos com diagnóstico único de bronquiolite e uma diminuição de 1,8 dias nos casos de pielonefrite.

Em 2001 ocorreram 4 internamentos (+3) com diagnóstico de paralisia cerebral, com demora média de 53 dias, e 2 internamentos prolongados por displasia broncopulmonar, um deles superior a 100 dias. Para um número semelhante de casos sociais, em 2001 verificaram-se menos reinternamentos. Foi administrada alimentação parentérica em 7 crianças, procedimento não realizado no ano de 2000.

**Comentário:** O aumento do número de crianças com doenças crónicas nos últimos anos, com necessidade de intervenções cada vez mais complexas, determina internamentos mais prolongados e maiores gastos económicos.

**Palavras-chave:** Pediatria Geral, doença crónica; demora média, custos económicos

**Agradecimentos:** Os autores agradecem reconhecidamente todo o apoio e coordenação da Dra. Lídia Gama que procedeu à estruturação do trabalho e ao Dr. Daniel Virella, epidemiologista, que teve um papel decisivo na análise estatística.

## **DOENÇA BRONQUIOLAR - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Filipe Glória Silva; António Bessa Almeida, Luiz Espinosa, João M. Videira Amaral

\* Serviço 1 – Sala 1, Departamento de Medicina, Hospital de Dona Estefânia

Reunião de Casos Clínicos da Sociedade Portuguesa de Pediatria

Serra da Estrela, Junho de 2002

**Resumo: Introdução:** A sibilância recorrente ou persistente da primeira infância constitui, com frequência, um desafio ao raciocínio clínico na perspectiva do diagnóstico diferencial, com implicações na terapêutica.

**Objectivo:** Apresentar um caso clínico de doença bronquiolar com sibilância persistente.

**Caso clínico:** Lactente de 10 meses com antecedentes de 5 episódios de dificuldade respiratória obstrutiva das vias inferiores desde os 4 meses de idade, tratados em ambulatório, e internado por novo episódio acompanhado de otite média aguda, sem resposta à terapêutica com amoxicilina/clavulanato, broncodilatadores e corticóides. No 3º dia de internamento foi transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Dona Estefânia por agravamento do quadro. Mantida a terapêutica com broncodilatadores, aminofilina e corticóides por via inalatória e endovenosa, verificou-se uma melhoria ao 8º dia, que permitiu a transferência para a enfermaria convencional. Posteriormente verificou-se uma melhoria clínica muito lenta, com alta ao fim 35 dias, ainda com sibilância persistente, com oxigenoterapia no domicílio. De entre vários exames complementares realizados, há a ressaltar os níveis de IgE total aumentados e o isolamento de antigénio de adenovirus nas secreções nasofaríngeas. A cintigrafia pulmonar de ventilação/perfusão evidenciou sinais compatíveis com processo de bronquiolite obliterante, com amputação funcional significativa.

**Conclusão:** A doença bronquiolar pode ser multifactorial. Todos os anos surgem alguns casos de infecção respiratória a adenovirus que evoluem para bronquiolite obliterante, entidade clínica sem tratamento específico de eficácia comprovada e com elevado potencial de sequelas.

**Palavras chave:** bronquiolite; doença bronquiolar; sibilância persistente.

## **PRODUTIVIDADE!... AVALIAÇÃO E REAVALIAÇÃO - A PROPÓSITO DA ANÁLISE CASUÍSTICA DE 2001 DA SALA 1 DO SERVIÇO 1**

Sandra Jacinto\*, Filipe G. Silva \*, Rita Soares\*

\* Sala 1 – Serviço 1 – Departamento de Medicina, Hospital Dona Estefânia

Reunião Geral do Hospital Dona Estefânia

Lisboa, Junho de 2002

**Introdução:** O financiamento das Instituições de Saúde baseia-se no conceito da “Produtividade”. Idealmente este conceito devia considerar não apenas a quantidade mas também qualidade da actividade assistencial, actividade formativa e de investigação. Contudo, o sistema de Grupos de Diagnostico Homogéneo (GDH) em vigor baseia-se exclusivamente na vertente de “produção assistencial”.

**Objectivos:** Avaliar a actividade desenvolvida numa enfermaria de Pediatria Geral no ano de 2001.

**Tipo de Estudo:** Retrospectivo

**Material e métodos:** Com base na “Ficha de Codificação” exclusiva da Sala 1, foram revistos todos os internamentos iniciados durante o ano de 2001. Das 701 crianças admitidas, foram excluídas 137 (19,5%) por apresentarem, exclusivamente, patologia endocrinológica e 57 (8%) com internamentos do tipo hospital de dia. As variáveis estudadas incluíram dados administrativos, socio-demográficos e nosológicos.

**Resultados:** Das 507 crianças estudadas, a maioria tem idade inferior a 2 anos (69,2%), pertence à classe III de Graffar (46,7%) e reside em Lisboa (52%). A duração média de internamento foi de 11,9 dias. Os diagnósticos principais mais frequentes foram: infecção respiratória baixa (35,7%), gastroenterite aguda (17,5%) e infecção urinária (11,5%). Os apoios de especialidades mais solicitados foram a Fisiatria, ORL e Neurologia. Ocorreram 42 (8,2%) reinternamentos.

Ocorreram 16 internamentos de recém nascidos, 9 crianças internadas por neoplasia (55,5% malignas). Dos 15 casos de traumatismo crânio-encefálico, 6 necessitaram de apoio da neurocirurgia (duração média de internamento de 23 dias). Foi administrada alimentação parentérica em 7 casos. Verificaram-se 49 internamentos de duração superior a 20 dias.

**Comentário:** A Sala 1 é um reflexo da evolução que se assistiu na Pediatria nos últimos anos, com aumento do número de crianças com patologia crónica. Os autores questionam a validade do sistema de avaliação da “Produtividade” baseada nos GDH’s (Grupos de Diagnóstico Homogéneo), sobretudo as suas limitações na avaliação da diferenciação e qualidade dos cuidados prestados às crianças internadas.

**Palavras-chave:** produtividade; Grupos de Diagnóstico Homogéneo; Pediatria Geral

**Agradecimentos:** Os autores agradecem reconhecidamente todo o apoio e coordenação da Dra. Lídia Gama que procedeu à estruturação do trabalho e ao Dr. Daniel Virella, epidemiologista, que teve um papel decisivo na análise estatística.

## **PNEUMONIA A PNEUMOCYSTIS CARINII; TRAJECTÓRIA E ENIGMA DE UM AGENTE OPORTUNISTA; A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

R Soares; L Gama\*; J Oliveira Santos\*\*; V Loureiro\*\*\*.

\* Serviço 1 Sala1; \*\* Broncologia Pediátrica; \*\*\* Laboratório de Patologia clínica. Hospital D.Estefânia  
Congresso do Hospital de Dona Estefânia - 125 na Saúde da Mulher e da Criança  
Lisboa; 16 – 18 Outubro de 2002

**Introdução:** A infecção a *Pneumocystis carinii* está comumente associada a imunodeficiência primária ou adquirida. Existem estudos onde se demonstra que a infecção sub-clínica por este agente é frequente nos primeiros anos de vida.

**Objectivos:** Apresentar um caso de pneumonia a *Pneumocystis carinii* não associado a imunodeficiência.

**Caso clínico:** Criança de 12 meses, raça negra, saudável até 5 dias antes do internamento quando surge febre, tosse produtiva e dificuldade respiratória que motiva internamento no HDE. É diagnosticada infecção respiratória baixa e otite média aguda bilateral e instituída terapêutica com amoxicilina e ác clavulânico, prednisolona e broncodilatadores. A evolução clínica é favorável até ao nono dia de internamento, altura em que a criança surge, subitamente, com taquipneia, taquicárdia, cianose e choro persistente, sem alterações à auscultação e necessitando de terapêutica com oxigénio. Realiza radiografia torácica onde se observa infiltrado intersticial difuso, broncofibroscopia (sem alterações) e no lavado bronco-alveolar é isolado *Pneumocystis carinii* e *Cândida albicans*. Inicia terapêutica com co-trimoxazol e anfotericina B. A serologia para HIV1, HIV2 e adenovirus é negativa, e a serologia para citomegalovirus é sugestiva de infecção recente por este agente. O estudo da imunidade humoral e celular não revelou alterações significativas. Após vinte e oito dias de terapêutica dirigida tem alta clinicamente bem.

**Conclusão:** O agravamento súbito da dificuldade respiratória associada a cianose e a possibilidade de realização do lavado bronco alveolar foram determinantes para o diagnóstico etiológico.

**Palavras chave:** Citomegalovirus; Infecção; Lavado broncoalveolar; *Pneumocystis carinii*.

## **UNIDADE GASTRENTEROLOGIA- HEPATOLOGIA INFANTIL**

### **DERMATITIS HERPETIFORMIS: SHOULD DIRECT IMMUNOFLUORESCENCE BE THE ONLY DIAGNOSTIC CRITERION?**

Luís Sousa. Rui Bajanca, José Cabral. Teresa Fiadeiro.

Department of Dermatology, Hospital do Desterro, and Department of Pediatric Gastroenterology. Hospital D. Estefânia- I Serviço 1, Lisbon, Portugal.

Pediatr Dermatol 2002 Jul-Aug;19(4):336-9

**Resumo:** We describe a 7 -year-old boy with dermatitis herpetiformis (DH) diagnosed on clinical and histologic evidence. negative direct immunofluorescence (DIF) findings for junctional IgA deposits in uninvolved skin, positive IgA endomysial and gliadin antibodies, and jejunal biopsy revealing a gluten-sensitive enteropathy. Treatment with dapsone led to the disappearance of cutaneous lesions and pruritus within 48 hours. Demonstration of IgA immune deposits in the dermal papillae has been the only acceptable

criterion for the diagnosis of dermatitis herpetiformis. However, considering several reports in the literature of DH with a negative DIF and our own case, we believe that in the absence of the characteristic DIF pattern, one needs the combination of clinical, histologic, and immunologic data to support the diagnosis of DH. We also discuss recent developments in the diagnosis of DH.

### **EVALUATION OF A WESTERN BLOT TEST, HELICO BLOT 2,1, IN THE DIAGNOSIS OF HELICOBACTER PYLORI INFECTION IN A PEDIATRIC POPULATION,**

Oleastos M, Matos R, José Cabral, Rui Barros, Lopes AI, Paulo Ramalho, Monteiro L.  
Serviço 1- Hospital D. Estefânia ,Laboratório de Bacteriologia, Instituto Nacional de Saúde,  
Lisbon, Portugal.  
Helicobacter 2002 Jun;7(3):21 0-5

**BACKGROUND:** Non-invasive diagnostic tests are useful as screening tools for Helicobacter pylori infection in pediatric populations. The aim of this study was to evaluate performance of the immunoblot assay, Helico Blot 2.1, for the diagnosis of H. pylori infection in symptomatic children.

**MATERIALS AND METHODS:** Immunoblot assay was used for detection of IgG antibodies to specific H. pylori proteins and to a recombinant H. pylori antigen, CIM marker. The study was performed on sera collected from 134 symptomatic, untreated children (mean age, 9.1 +/- 3.2 years; range, 1-14 years). H. pylori infection status was determined by culture, histology and rapid urease test.

**RESULTS:** Immunoblot assay yielded a positive result in 71 of the 72 infected patients (sensitivity 98.6%) and in eight of the 62 noninfected ones (specificity 87.1%). The predictive values for a positive and a negative result were 89.9% and 98.2%, respectively. The performance of the CIM band alone, as a marker for H. pylori infection status, was also evaluated. This band was present on the blot of 71 infected patients and on four of the 62 H. pylori-negative patients. The sensitivity, specificity, Upland NPV of the CIM antigen were 98.6%,93.5%,94.7% and 98.3%, respectively.

**CONCLUSIONS:** The immunoblot assay Helico Blot 2.1 is a suitable non-invasive test for the serodiagnosis of H. pylori infection in children. The good level of performance demonstrated by the novel recombinant antigen CIM suggests it may be a useful contribution to the qualitative and quantitative performance of the Helico Blot 2.1 in pediatric populations.

### **UM CASO CLÍNICO DE ANEMIA**

Isabel Afonso\*, Filipa Santos\*, Inês Pó\*, Luíz Espinosa\*, Orquídea Freitas\*\*

\*Unidade Gastroenterologia- Hepatologia Infantil/Serviço 1 \*\*Unidade Imuno-Hematologia / Hospital de Dona Estefânia

Reunião Clínica do Serviço

Lisboa 1 de Fevereiro de 2002

**OBJECTIVO-** Apresenta-se o caso clínico de uma criança de 10 anos sexo feminino , raça negra, internada por cansaço e cefaleias.

**CASO-** Criança natural de S. Tomé., residente em Portugal desde os 7 anos. Inicia 1 ano antes do internamento queixas de cansaço fácil, cefaleias e tonturas frequentes.. Foi observada em várias consultas de Especialidade (Cardiologia, Nefrologia ,Oftalmologia e Neurologia) tendo realizado exames complementares de diagnóstico que não revelaram alterações. Inicia 1 dia antes do internamento falta de forças , tonturas e cefaleias, referindo episódio sugestivo de melenas. Recorreu ao S. Urgência do Hospital de Dona Estefânia onde apresentava palidez acentuada da pele e mucosas , taquicárdia e teve um episódio de lipotimia. Dos exames efectuados salienta-se Hb de 6.7gr/dl, microcítose e hipocromia,. É internada na Unidade de Imuno-Hematologia por anemia grave de etiologia a esclarecer. O estudo posterior revelou ferrópenia e electroforese das hemoglobinas normal. A endoscopia digestiva alta mostrou úlcera bulbar, com exame cultural e histológico da biópsia gástrica positivo para Helicobacter pylori. Foi medicada com omeprazol, amoxicilina, claritromicina ácido fólico e ferro endovenoso com boa evolução clínica e laboratorial Teve alta com o diagnóstico de anemia ferropénica secundária a perdas digestivas por gastrite a Helicobacter pylori com úlcera bulbar.

**COMENTÁRIO-** A úlcera péptica é rara na criança. Localiza-se preferencialmente no duodeno, parecendo haver relação com a gastrite a *Helicobacter pylori*. Deve ser feita erradicação do *Helicobacter pylori*, sempre que possível após prova de sensibilidade aos antibióticos, o que conduzirá a uma redução significativa taxa de recorrência .

## **NOVAMENTE A DOENÇA CELÍACA**

Filipa Santos, Isabel Afonso, Inês Pó, Luiz Espinosa  
Serviço 1 – Unidade de Gastrenterologia  
Reunião Clínica do Serviço  
Lisboa - 1 de Março de 2002

**Objectivo-** A propósito da doença celíaca os autores apresentam o caso clínico da uma criança do sexo feminino de 9 anos de idade que é referenciada à Consulta de Gastrenterologia do Hospital de Dona Estefânia por aumento das enzimas hepáticas com um ano de evolução.

**Caso clínico-** Primeira filha de pais jovens, saudáveis, não consanguíneos e sem história de doenças de carácter heredofamiliar.

O parto foi de termo hospitalar e a somatometria ao nascer adequada à idade gestacional. A diversificação alimentar decorreu sem intolerâncias e de acordo com esquema habitual. Manteve a evolução estatura - ponderal no percentil 50.

Em relação aos antecedentes pessoais de referir eczema atópico durante o primeiro ano de vida e vitiligo desde os 4 anos. A doença actual surge 1 ano antes, após doença viral com aparecimento de dor no hipocôndrio direito, na investigação da qual efectuou exames complementares que revelaram aumento das enzimas hepáticas e ecograficamente, fígado ligeiramente aumentado, de contornos regulares e ecoestrutura homogénea. Assintomática até um mês antes da consulta altura em que surge novamente com dor abdominal, sem outros sintomas associados. Ao exame objectivo, peso no P75 e estatura P95, lesões de vitiligo na região cervical, mãos e joelhos, hepatomegália (4cm arcd ultrapassando a linha média).

Colocadas as hipóteses diagnósticas de Doença Hepática (Infecciosa, Autoimune, Wilson, Défice de alfa 1AT), Doença Celíaca, Doença Muscular. A biópsia jejunal confirmou a doença celíaca e iniciou dieta sem glúten. Oito meses depois o peso e a estatura estavam no percentil 95, os anticorpos antigliadina e a biópsia jejunal normalizaram e constatou-se franca melhoria das lesões cutâneas de vitiligo.

**Comentários-** Os autores terminam fazendo algumas considerações à cerca das possíveis relações entre a doença celíaca e outras doenças do foro imunológico nomeadamente dermatológicas.

## **INFECCÃO A HELICOBACTER PYLORI**

José Cabral  
Unidade de Gastrenterologia /Hepatologia – Serviço 1, Hospital de D. Estefânia  
X Jornadas Pediatria - Leiria e Caldas da Rainha (Consensos Nutrição Gastrenterologia Pediátrica)  
Leiria, 28 e 29 de Novembro de 2002

**Dados epidemiológicos:** a infecção por *Helicobacter pylori* (Hp) é considerada, no Homem, a infecção crónica mais prevalente no mundo. Nos países em desenvolvimento, 70 a 90% da população está infectada por Hp. Nos países desenvolvidos, a prevalência é menor, variando entre 30 e 60%. De um modo geral, a infecção é mais elevada nos grupos económicos mais desfavorecidos. Em Portugal ronda os 70 a 90% nos adultos e os 50% nas crianças. Os dados da literatura sugerem que a taxa de aquisição da infecção é muito baixa na idade adulta e que a maioria das infecções é adquirida na infância e pode persistir durante toda a vida, se não for tratada. Transmissão da infecção: pode fazer-se essencialmente por três vias: fecal-oral, oral-oral, gastro-oral. Como tal, a transmissão interfamiliar e institucional adquire um peso muito importante. Consequências da infecção Hp: gastrite, úlcera duodenal, úlcera gástrica, adenocarcinoma gástrico, linfoma gástrico, manifestações extra-intestinais (anemia ferropénica, doença isquémica coronária, purpura de Schonlein-Henoch, etc.). Clínica da infecção por Hp: não há nenhum quadro clínico específico da infecção por Hp na criança. Não há nenhuma ligação entre a dor abdominal recorrente (DAR) e a infecção por Hp.

**Diagnóstico:** (1) testes invasivos requerendo endoscopia: biópsias e histologia, teste rápido da urease, exame cultural (antibiograma), PCR; (2) testes não invasivos: anticorpos no soro e sangue total, anticorpo na saliva, anticorpo na urina, antigénio nas fezes, teste respiratório com ureia marcada  $^{13}\text{C}$  (que tem sensibilidade e especificidade de 95% acima dos 5 anos de idade). Quando investigar uma infecção por Hp: quando os sintomas são sugestivos de doença orgânica (úlceras pépticas/esofagite) e se houver necessidade de endoscopia e se justificarem os riscos da terapêutica, lesão sugestiva de linfoma MALT, após tratamento de infecção por Hp.

NÃO está indicada a investigação de infecção por Hp: na DAR sem sintomas de dispepsia, nas crianças assintomáticas mesmo com história familiar de cancro gástrico ou com úlcera péptica recorrente familiar. Quando tratar uma infecção por Hp: úlcera duodenal ou úlcera gástrica, história anterior de úlcera péptica, anemia ferropénica refractária.

NÃO há indicação para tratar uma infecção por Hp: nas crianças assintomáticas, mesmo com familiares com úlcera péptica ou cancro gástrico, dor abdominal recorrente sem queixas dispépticas, baixa estatura, diarreia persistente, dispepsia não ulcerosa (?).

**Conclusões:** A infecção por Hp causa gastrite crónica na criança e está associada com a úlcera duodenal. A erradicação de Hp conduz à cicatrização da gastrite crónica e diminui as recidivas da úlcera duodenal. Na criança, não foi claramente demonstrada a ligação entre a gastrite Hp e a dor abdominal e os sintomas dispépticos excepto se associados a úlcera péptica. Não está indicado o rastreio com testes não invasivos para Hp na criança com dispepsia.

A endoscopia com biópsias é o método de eleição para a investigação das crianças com sintomas digestivos altos sugestivos de doença orgânica. Se for identificado Hp na endoscopia deve ser oferecido tratamento. Nos doentes com infecção por Hp tratados, a resposta à terapêutica deve ser avaliada com teste não invasivo de confiança. O teste respiratório da ureia marcada com  $^{13}\text{C}$  é de confiança para as crianças acima dos 5 anos de idade. Os testes serológicos para o Hp não devem ser utilizados na criança, pois estas podem não desenvolver títulos máximos de anticorpos específicos para Hp antes dos 8 anos de idade.

## "UM CASO CLÍNICO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA"

Filipa Santos, Isabel Afonso, Rui Alves, José Cabral, Inês Pó

Unidade de Gastreenterologia /Hepatologia – Serviço 1, Hospital de D. Estefânia

**Resumo:** Os autores apresentam o caso de uma criança do sexo masculino com 5 anos de idade, internada em Dezembro de 2002 por palidez acentuada.

Trata-se do segundo filho de pais jovens saudáveis, não consanguíneos. A gestação foi vigiada, com diagnóstico de oclusão intestinal às 32 semanas. O parto às 39 semanas, cesariana electiva na MAC, o IA 9/10 e a somatometria adequada à idade gestacional. Transferido para a UCIN do HDE logo após o nascimento foi submetido a cirurgia nas primeiras 24h de vida tendo feito ressecção de 37 cm de intestino delgado por apresentar ileus meconial complicado de atresia jejunal e volvo intestinal. Aos 2 meses faz o encerramento da ileostomia com anastomose jejuno-jejunal, sem complicações.

Em relação a doenças anteriores de referir otites de repetição, tendo sido submetido a adenoidectomia e meringocentese bilateral com colocação de tubos de Shepard aos 3 anos de idade. Aos 4 anos internamento por gastroenterite aguda e anemia ferropénica (Hgb-7,9g/dl, Ferro-10ug/ml; CTFF 328ug/ml; Ferritina-3,4mg). Manteve sempre evolução estaturoponderal no P25.

Quatro dias antes do internamento surge com palidez acentuada da pele e mucosas, que se acentuam na véspera e associam a vómitos alimentares, dor abdominal e astenia motivo pelo qual recorre ao Serviço de Urgência do HDE. Apesar da palidez, apresentava-se hemodinamicamente estável, sem hepatoesplenomegália e sem manifestações de discrasia hemorrágica. Laboratorialmente de salientar Hgb-6,4 g/dl Htc-19,4%. Coagulação-N, AST e ALT -N. Sem parâmetros de infecção.

Durante o internamento surgiram hematoquézias em moderada quantidade pelo que foi submetido a endoscopia digestiva alta, colonoscopia, ecografia abdominal que não revelaram alterações. O trânsito intestinal foi compatível com a cirurgia abdominal anterior, e a cintigrafia com  $^{99\text{m}}\text{Tc}$  não identificou a presença de divertículo de Meckel. Fez transfusão de concentrado eritrocitário tendo alta (Hgb-10,2g/dl)

após 1 semana com indicação de efectuar cintigrafia com eritrócitos marcados em situação de hemorragia activa.

Dois meses depois tem episódio abundante de melenas (Hgb-8g/dl) motivo pelo qual fica novamente internado. Repete a endoscopia digestiva alta que não revela alterações e faz cintigrafia com eritrocitos marcados que é normal. Tem alta ao 10º dia clinicamente estável, sem diagnóstico definitivo (Divertículo de Meckel?, Malformação vascular?, Polipo Intestinal?) mas com laparoscopia programada e eventual laparotomia.

## **MANOMETRIA ANORRECTAL NO DIAGNÓSTICO DE PATOLOGIA PLEXUAL DO COLON**

Filipa Santos\*, Gonçalo Cordeiro Ferreira(\*,\*\*)

Unidade Gastrenterologia Hepatologia Infantil – Serviço 1- Hospital D.Estefânia\*/ H. Fernando Fonseca\*\*

**RESUMO:** A manometria anorrectal (MAR) é considerada um exame importante na investigação diagnóstica da obstipação em pediatria principalmente quando da suspeita de uma etiologia orgânica nomeadamente aganglionose. O objectivo deste estudo retrospectivo foi o de analisar no nosso centro, o poder discriminativo da MAR no diagnóstico de patologia plexual na criança obstipada.

**Doentes e Métodos:** Dos exames manométricos efectuados na Unidade foram seleccionados que correspondiam a crianças enviadas com uma forte suspeita diagnóstica de aganglionose cólica (precocidade da obstipação, persistência ou gravidade da mesma), com idades compreendidas entre.... e .... sendo ..... do sexo masculino.

Os traçados foram classificados em normais, suspeita de aganglionose (ausência de reflexo rectoanal inibidor(RRAI)) ou duvidosos (RRAI incompleto).

Foi feita a correlação entre esta classificação e o diagnóstico final baseado em dados da evolução clínica e/ou realização de exames histológicos.

**Resultados:** 8 crianças apresentaram traçado normal, todas elas tiveram evolução clínica favorável. 18 tinham RRAI ausente das quais 14 com confirmação histológica de Doença de Hirschsprung e 1 com displasia.

Em 12 o RRAI foi incompleto, 6 destas apresentaram patologia plexal (1 aganglionose). O valor preditivo negativo (VPN) e o valor preditivo positivo (VPP) para patologia plexal foram respectivamente de 100% e 70%. Se considerarmos apenas o VPN e o VPP para a aganglionose este foi de 95% e 77%.

A sensibilidade para anomalia plexal foi de 100% e a especificidade de 47%. Para aganglionose a sensibilidade foi de 93% e a especificidade de 82%.

**Conclusões:** Os valores obtidos nesta Unidade são sobreponíveis aos de outros centros. pela sua elevada sensibilidade associada a um bom VPP a MAR deve ser considerado o exame de primeira linha na suspeita diagnóstica de patologia plexal principalmente de aganglionose.

Agradecimentos: Dr.<sup>a</sup> Marta Conde

## **MAS QUE GRANDE DOR DE BARRIGA**

Filipa Santos, Isabel Afonso, José Cabral, Inês Pó, Cristina Borges, Luiz Espinosa

Unidade de Gastrenterologia /Hepatologia – Serviço 1, Hospital de D. Estefânia

Os autores apresentam dois casos clínicos de crianças com obstipação grave e de etiologia diferente que causaram grandes dificuldades na abordagem diagnóstica e terapêutica.

**1º Caso:** Criança do sexo feminino, 11 anos, referenciada à consulta de Gastrenterologia do Hospital de Dona Estefânia aos 8 anos por obstipação crónica. GIPI, gestação de termo sem problemas. Somatometria adequada à idade gestacional, eliminou mecónio nas primeiras 24h de vida, fez aleitamento materno até aos 15 meses. Manteve uma evolução ponderal entre o percentil 10 e 25. Aos 3 anos de idade quando iniciou o treino do bacio, houve alteração no padrão de defecação passando de uma dejectão diária para uma dejectão de 3 em 3 dias de fezes duras e escassas, com dor à defecação, situação que se foi agravando progressivamente até aos 6 anos, com aumento do volume abdominal, "soiling" diário e prolapso rectal,

chegando a estar um mês sem evacuar. Colocadas diversas hipóteses diagnósticas efectuou múltiplos exames complementares: Rx da coluna lombo-sagrada, clister opaco, manometria anorectal, biópsias rectais, prova de suor, função tiroideia, Ac antiigliadina, Pricks PLV. O diagnóstico definitivo foi compatível com dolico megacolon.

**2º Caso:** Criança do sexo masculino, com 3 anos de idade, referenciada à consulta de Gastreterologia aos 21 meses também por obstipação crónica. Sem antecedentes familiares relevantes. O segundo filho de uma gestação de termo e sem problemas. A somatometria ao nascer, adequada à idade gestacional. O período neonatal decorreu sem intercorrências e eliminou mecónio nas primeiras horas de vida. Fez aleitamento materno até aos 4 meses, introduziu o glúten aos 6 e o leite de vaca aos 12 meses. Manteve uma evolução ponderal no percentil 50 até aos 11M passando depois para o percentil 5 onde se encontrava quando foi referenciado à consulta.

Aos 4 meses de idade houve alteração no padrão de defecação passando de 3 dejecções diárias a 1 dejecção de 5 em 5 dias, com emissão explosiva de fezes e gases após a estimulação anorectal. Houve agravamento progressivo com vários episódios de suboclusão intestinal, que motivaram múltiplos internamentos hospitalares. Colocadas diversas hipóteses diagnósticas: pseudo-oclusão intestinal, doença de Hirschsprung, malformação anatómica, intolerância às PLV, doença celíaca, efectuou diversos exames complementares que foram compatíveis com dolicosigma.

No que diz respeito à terapêutica para além do reforço hidrico, da educação para a alteração dos hábitos alimentares e de defecação, ambos foram submetidos a esfincterotomia de Lymm, efectuaram clisteres de limpeza de forma regular, laxantes e óleos minerais em doses elevadas. No 1º caso houve apenas uma discreta melhoria clínica pela má aderência à terapêutica no 2º caso só houve resposta terapêutica quando da introdução ocasional de leite de soja.

## UNIDADE DE IMUNO-HEMATOLOGIA

### **CARGA VÍRICA EM CRIANÇAS COM INFECCÃO VERTICAL PELO VIH2**

Lino Rosado\*, Marta Conde\*, Flora Candeias\*, P. Gomes\*\*, H. Lourenço\*\*\*

H.D.Estefânia\*, H.Egas Moniz - Imuno-Hemoterapia\*\*; Faculdade Farmácia Lisboa

4º Congresso Nacional sobre SIDA

Lisboa - 15 a 17 de Abril de 2002

**Resumo : Introdução** - A transmissão vertical do VIH2 tem sido referida, mas a frequência de transmissão é muito pequena e poucas têm sido as transmissões bem caracterizadas.

Os objectivos de trabalho são : determinar a morbidade e mortalidade de uma população infantil que adquiriu a infecção pelo VIH2 através da sua mãe; verificar se a carga vírica é um parâmetro para início ou mudança do regime terapêutico, nestes doentes, tal como para o VIH1.

**Métodos** - Estudo retrospectivo de crianças nascidas de mães infectadas pelo VIH2, que foram seguidas pelo Hospital Dona Estefânia, desde Janeiro de 1989 a Dezembro de 2001. Forma excluídas outras vias de transmissão. As crianças tiveram uma avaliação clínica e laboratorial regular.

**Resultados**- Foram seguidas 103 crianças nascidas de 83 mães infectadas pelo VIH2. As mães, eram na maioria de raça negra, provenientes da Guiné-Bissau. Das crianças seguidas desde o nascimento (74), duas estavam infectadas, cinquenta e nove não estavam infectadas e treze abandonaram o seguimento. Das crianças não seguidas desde o nascimento (29), treze estavam infectadas, seis não infectadas e dez abandonaram o seguimento. Do total de crianças infectadas (15), quatro não eram sintomáticas (N), na altura em que abandonaram o seguimento com idades de 8 meses, 2, 4 e 9 anos; quatro eram ligeiramente sintomáticas (A) com idades de 3, 9.5, 10.5, e 19 anos; quatro eram moderadamente sintomáticas (B) com idades de 5, 7 e 8 anos; duas gravemente sintomáticas (C) com 10 e 11 anos e uma criança faleceu com dezassete anos de idade. Das oito (8) crianças infectadas que continuam em seguimento, três estão ligeiramente sintomáticas, três moderadamente sintomáticas ; duas gravemente sintomáticas. As ligeiramente sintomáticas têm uma idade média de 11.5 anos, duas delas com imunossupressão e nenhuma tem cargas víricas detectáveis.

As moderadamente sintomáticas têm uma idade média de 13 anos, duas com grave imunossupressão e apenas uma tem carga vírica detectável (862 cóp/mm<sup>3</sup>)

**Conclusões-** Como tem sido documentado a transmissão vertical do VIH2 existe, embora a frequência de transmissão seja muito baixa. Todas as crianças infectadas pelo VIH2 têm aspectos clínicos e imunológicos semelhantes às crianças infectadas pelo VIH1, parecendo no entanto que a sintomatologia aparece mais tardiamente, assim como a supressão imunológica. A carga vírica não parece ser um parâmetro orientador para o início ou mudança de regime terapêutico.

**Palavras Chave : VIH2, Carga Vírica, Morbilidade, Mortalidade**

### **INTERVENÇÃO DOMICILIÁRIA EM CRIANÇAS INFECTADAS PELO VIH**

A. Oliveira; Emília Bártolo; F. Maciel; Lino Rosado

Serviço 1- Unidade de Imuno- Hematologia – Hospital D. Estefânia

4º Congresso Nacional sobre SIDA

Lisboa - 15 a 17 de Abril de 2002

**Resumo : Introdução** - A infecção pelo VIH tornou-se ao longo dos anos uma doença crónica, e como tal com todas as implicações psicossociais que lhe estão inerentes. A experiência adquirida na Unidade de Imuno-Hematologia do Hospital de Dona Estefânia, desde 1986, no seguimento destas crianças, levou a delinear uma estratégia de intervenção domiciliária, em 1998, de forma a minimizar as repercussões para a dinâmica familiar, nomeadamente o absentismo escolar e profissional.

Esta intervenção surge para diminuir as readmissões hospitalares, diminuir o tempo de internamento, e aumentar o nível de satisfação das famílias.

**Objectivo** - Avaliar o impacto da intervenção domiciliária a crianças com infecção pelo VIH e suas famílias.

**Material e Métodos** - Foram integradas no programa de intervenção domiciliária 18 crianças, das 102 crianças infectadas pelo VIH1, seguidas na Unidade de Imuno-Hematologia, de Novembro de 1998 a Fevereiro de 2002. Os recursos humanos contemplam 4 médicos (responsáveis pela avaliação/prescrição da terapêutica) e 6 enfermeiros (responsáveis pelas visitas domiciliárias)

**Resultados** - Realizaram-se 1097 visitas domiciliárias, para administração de terapêutica injectável, de monitorização de adesão aos retro-víricos, e sempre que necessário, encaminhamento hospitalar por agudização da situação.

Ao fim de 3.5 anos de actividade, as crianças integradas neste programa diminuíram o absentismo escolar que consequentemente obtiveram melhor aproveitamento escolar; por outro lado, os pais/prestadores de cuidados diminuíram o absentismo profissional, resultando numa melhor integração no meio onde estão inseridos. Verificou-se uma diminuição significativa do número de internamentos (73%). O número de internamentos em 1998 foi de 1086, em 1999 foi de 777, em 2000, 323 e 295 em 2001.

**Conclusões** - Com esta intervenção verificou-se uma diminuição das readmissões hospitalares em crianças infectadas pelo VIH, diminuição do tempo de internamento, e aumento perceptível do nível de satisfação das famílias, o que parece dever-se a qualidade/adequação dos cuidados prestados no domicílio.

Este acompanhamento traduz-se numa mudança significativa no modelo de prestação de cuidados ao doente crónico, uma vez que se centra na criança e família inseridos no seu meio ambiente (social, escolar e familiar), dependendo cada vez menos do hospital.

**Palavras Chave : VIH, doença crónica, intervenção domiciliária**

### **INFECCÃO PELO VIH 1 NUMA POPULAÇÃO INFANTIL ANTES E APÓS TERAPÊUTICA DE ALTA POTÊNCIA**

Lino Rosado, Flora Candeias, Marta Conde, Aantónio Bessa,

Serviço 1- Unidade de Imuno-Hematologia, Hospital D. Estefânia,

4º Congresso Nacional sobre SIDA

Lisboa - 15 a 17 de Abril de 2002

**Introdução :** A terapêutica anti-retrovírica de alta potência, introduzida em 1998, veio trazer às crianças infectadas pelo VIH, não só uma melhoria da qualidade de vida, como uma significativa redução da mortalidade.

**Objectivos :** Analisar a situação clínica e a mortalidade de uma população infantil, com infecção vertical pelo VIH 1, antes e após a introdução da terapêutica de alta potência.

**Métodos:** Estudo retrospectivo de 107 crianças infectadas pelo VIH 1, seguidas no Hospital D. Estefânia, desde 1998 a Fevereiro de 2002. As crianças foram submetidas a avaliação clínica e laboratorial regulares e foram classificadas segundo o sistema de classificação clínica e imunológica dos CDC.

**Resultados :** Do total das 107 crianças infectadas pelo VIH 1, 11 abandonaram o seguimento, com uma idade média de 26.6 meses (1-138 meses); 28 faleceram e continuam em seguimento 68 crianças. Até 1998, havia 95 crianças infectadas, estando incluído neste grupo o total de abandonos. Destas faleceram 28, com uma idade média de 26.5 meses (1.5-94 meses). Após 1998, 12 crianças infectadas, que continuam em seguimento, com uma idade média de 34.4 meses (16-44 meses). Das crianças seguidas antes de 1998 estão assintomáticas 16%, e moderada ou gravemente sintomáticas 41%. Depois de 1998 estão assintomáticas 41.6%. Das seguidas e nascidas antes de 1998, 36 foram incluídas em regimes terapêuticos de alta potência, mantendo-se 21 assintomáticas ou ligeiramente sintomáticas.

**Conclusões :** Após 1996, e com a introdução da terapêutica profilática na grávida, houve uma redução muito importante de crianças infectadas, o que de algum modo explica a diminuição de infectados a partir de 1998. A introdução da terapêutica de alta potência a partir de 1998 está relacionada com a diminuição da mortalidade, não só nas crianças nascidas após essa data, como nas nascidas anteriormente.

**Palavras – Chave :** VIH1, Terapêutica de alta potência, mortalidade

### **URTICÁRIA PIGMENTOSA - UM CASO CLÍNICO**

Reichert A<sup>1</sup>; Chaveiro A<sup>2</sup>; Freitas I<sup>2</sup>; Pacheco A<sup>2</sup>; Afonso A<sup>3</sup>; Loureiro V<sup>4</sup>; Nazário A<sup>4</sup>; Braga L<sup>1</sup>; Rosado L<sup>1</sup>; Amaral J<sup>1</sup>.

Serviço Imuno-Hematologia e Serviço de Patologia Clínica; Hospital Dona Estefânia, Serviço de Dermatologia e Serviço de Anatomia Patológica; Hospital Curry Cabral.

Congresso do Hospital de Dona Estefânia, 125 Anos na Saúde da Mulher e da Criança  
Lisboa, 16 a 18 de Outubro de 2002 (Poster)

**Resumo:** A mastocitose é uma doença rara, caracterizada pela proliferação dos mastócitos a nível da pele e/ou outros órgãos. Classifica-se em diferentes entidades clínico-patológicas baseadas na apresentação clínica, dados patológicos e no prognóstico. Este é determinado pela evolução da doença hematológica quando associada.

A urticária pigmentosa é a forma mais frequente na infância ocorrendo em 75% dos doentes até aos 2 anos de idade. Atinge ambos os sexos sendo mais frequente na raça caucasiana. O quadro clínico deve-se a libertação de mediadores dos mastócitos assim como a sua localização, sendo a pele o órgão mais frequentemente envolvido em cerca de 90% dos casos.

Os autores apresentam um caso clínico de uma criança de 4 anos de idade, do sexo masculino com urticária pigmentosa. O diagnóstico foi efectuado aos 11 meses de idade por lesões cutâneas que evoluíram desde os 6 meses, de cor eritemato-acastanhada com sinal de Darier positivo, localizadas no tronco e membros, e acompanhadas de prurido intenso. Aos 16 meses surge com quadro de microadenomegalias e hepatomegália, motivo pelo qual foi enviado à Consulta de Hematologia deste hospital.

Aos 35 meses de idade surgem queixas gastrointestinais que se traduziram por vómitos. Os exames complementares realizados excluíram até a data a hipótese de envolvimento sistémico; tratando-se aparentemente de uma forma cutânea da mastocitose com um prognóstico favorável.

### **FACTORES DE RISCO PARA OS EPISÓDIOS VASO-OCCLUSIVOS EM CRIANÇAS COM ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES**

Braga L.,Correia I.<sup>3</sup>,Miranda A.<sup>3</sup>,Picanço I.<sup>3</sup>,Seixas M.<sup>3</sup>,Ferreira I.<sup>2</sup>,Santos T.<sup>2</sup>,Santos H.<sup>2</sup>, Rosário T.<sup>2</sup>,Nogueira F.<sup>2</sup>,Griffe I,Viveiros A.<sup>2</sup>,Nogueira P.<sup>4</sup>

Unidade Imuno-Hematologia / Serviço 1 e Serviço de Patologia Clínica - Hospital D.Estefânia Laboratório Hematologia e <sup>4</sup>Observatório Nacional Saúde Instituto Nacional Saúde Dr Ricardo Jorge

Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Hematologia ((Poster)

Évora, Novembro de 2002

**Introdução:** Na anemia de células falciformes (SS) os episódios vaso-oclusivos (EVO), são prognósticos da morbidade da doença. Diversos factores influenciam a sua expressão clínica, cujo conhecimento é importante para um diagnóstico e terapêutica atempados. Níveis de fibrinogénio e lipídios são factores de risco isolados para doença arterial periférica e acidentes vasculares cerebrais(AVC). São vários os polimorfismos do fibrinogénio mas a associação com níveis séricos é controversa.

**Objectivos:** Propomo-nos avaliar alguns factores de risco, polimorfismos do fibrinogénio e seus níveis séricos, índices hematológicos, e dados bioquímicos que expliquem a variabilidade clínica dos EVO.

**Material e Métodos:** A amostra constituída por 34 crianças SS seguidas na Consulta de Imuno -hematologia (HDE), 16 sexo feminino e 18 sexo masculino com idades entre 7 e 18 anos, predominante de origem Africana. Baseados no número de EVO, durante três anos, na fase estável doença, dividiram-se as crianças em dois grupos. Três estavam em regime transfusional regular (ACV anteriores)

Diagnóstico efectuou-se segundo parâmetros hematológicos e confirmação molecular. Avaliaram-se os índices de gravidade (I.G.) na base dos critérios de El-Hazmi. Analisaram-se parâmetros hematológicos em contador automático, fibrinogénio por método de Clauss, estudo dos lipídios por métodos enzimáticos, HDL por método directo, LDL pela formula de Friedwald. Os 4 polimorfismos do fibrinogénio por RFLPs (*restriction fragment length polymorphism*).

**Resultados:** No sexo feminino predomina o grupo correspondente ao maior número de EVO, e existe correlação entre I.G. e o número de EVO em ambos os sexos

Os polimorfismos estudados Hind III, Bcl I, Ava II e Mnl I não apresentam diferenças estatisticamente significativas nos dois grupos, incluindo os 3 casos de AVC.

Dos parâmetros hematológicos e valores bioquímicos analisados, apenas o n.º de reticulócitos (P<0,060), leucócitos (P=0,062), ALP(P=0,062) apresentam valores *borderline* de significância estatística. A bilirrubina directa, AST e ALT têm significado estatístico com P=0,039, P=0,014 e P=0,011, respectivamente.

**Conclusões:** A população estudada, apresenta um predomínio de formas moderadas de ACF.

A identificação de factores de risco laboratoriais e bioquímicos na base de marcadores de doença isolados, são pouco precisos

**Palavras chave:** Anemia de células falciformes, factores de risco, polimorfismos do fibrinogénio

## **SINDROMA FEBRIL ARRASTADO COM ADENOMEGÁLIAS – UM CASO RARO EM PEDIATRIA**

Alice Reichert; Teresa Correia; Orquídea Freitas; Lino Rosado.

Unidade de Imuno-Hematologia / Serviço 1 - Hospital de Dona Estefânia.

**Objectivo:** Os autores apresentam o caso clínico de uma adolescente com síndrome febril.

**Caso clínico:**Doente de 14 anos de idade, com febre de longa duração, volumosa tumefacção cervical dolorosa, astenia e emagrecimento acentuados.

Dos exames complementares efectuados a citologia aspirativa e a biópsia ganglionar levaram ao diagnóstico da Doença de Kikuchi e Fujimoto.

**Comentário:** Esta entidade patológica, relativamente rara na idade pediátrica é de etiologia. Admite-se a comparticipação de factores auto-ímmunes. A evolução, na maioria dos casos é benigna.

## **UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS**

### **SURFACTANTE EXÓGENO. TRATAMIENTO DE RESCATE EN UN RECIÉN NACIDO CON VARICELA COMPLICADA CON PEUMONIA**

António Clington, Luís Pereira-da-Silva, Micaela Serelha.

Clínica Universitária Pediatria, Serviço 1, Unidade Cuidados Intensivos Neonatais, Hospital D. Estefânia.  
Anales Españoles de Pediatría 2002;57:493-4 [Carta ao editor]

**Resumo:** A propósito do caso de varicela neonatal complicada com pneumonia, com boa resposta ao aciclovir, relatado por Martín Ibáñez et al (*An Esp Pediatr* 2001;55:58), os autores descrevem o caso de um recém-nascido de 10 dias de vida, com a mesma patologia e submetido a esta terapêutica, mas com má evolução respiratória, apesar de submetido a ventilação agressiva. A saturação de oxigénio não ultrapassava de 40 a 50%, associava-se a bradicardia, o volume corrente era 3 ml/kg e verificava-se um achatamento da curva de pressão-volume. Após consentimento dos pais, e em situação de recurso, decidiu-se por uma terapêutica ainda não descrita nesta circunstância - surfactante natural exógeno porcino (Curosurf<sup>®</sup>, Lepori), na dose de 200 mg/Kg. O resultado foi excelente nos 15 minutos seguintes, registando-se a subida da saturação de oxigénio para 100%, normalização da frequência cardíaca, melhoria da configuração das curvas de pressão-volume e elevação do volume corrente para 5 ml/kg. Foram administradas mais quatro doses de surfactante e a melhoria da gradual da *compliance* permitiu reduzir as pressões e a extubar o paciente, que teve alta aos 20 dias de vida. Com o relato deste caso os autores assinalam mais uma alternativa no tratamento da pneumonia grave complicando a varicela no recém-nascido.

**Palavras chave:** Pneumonia; Recém-nascido; Surfactante; Varicela

### **OSMOLALITY OF SOLUTIONS, EMULSIONS AND DRUGS THAT MAY HAVE A HIGH OSMOLALITY. ASPECTS OF THEIR USE IN NEONATAL CARE.**

Luís Pereira da Silva, Gaça Henriques, J.M. Videira Amaral, R. Rodrigues, L. Ribeiro, D. Virella.

*The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2002;11:333-338.

**Resumo: Objective:** Administration of some hypertonic substances to neonates has been associated with a variety of adverse effects. This study was conducted to determine the osmolality of intravenous drugs and solutions used in neonates receiving intensive care.

**Methods:** Osmolality was measured by freezing point depression. Vasoactive drugs, diuretics, anticonvulsants, antimicrobials, and glucose and electrolyte solutions were some of the substances analyzed.

**Results:** The osmolalities of 89 substances were measured; the respective intraassay and interassay coefficients of variation were always less than 5%. A few drugs were found to be extremely hypertonic (> 8000 mOsm/Kg), and most of them contain propylene glycol as vehicle (e.g., digoxin, phenytoin, diazepam, and phenobarbital). Other drugs, at the same concentration, evidenced a significant discrepancy of osmolality depending on the trademark.

**Conclusions:** The finding of some extremely hypertonic drugs highlights the need of further investigation in order to study their potential adverse effects in neonates, as well as to evaluate any advantage to dilute, infuse slowly or even avoid such substances. Given the fact that there exists a discrepancy in osmolalities in some drugs at the same concentration depending on the trademark, the more isotonic solutions should be the preferred choice for intravenous administration.

### **NONINVASIVE METHODS FOR BODY COMPOSITION ASSESSMENT IN NEWBORN INFANTS.**

Luís Pereira da Silva, J.M. Videira Amaral, A. Marques Valido.

*Pediatric Nutrition (ISPEN)* 2002;3:24-35.

**Resumo:** Body composition data are important for adequate monitoring of nutritional status and quality of growth, especially for term and preterm infants. An ideal method for body composition

assessment in newborn infants should be noninvasive, rapid, simple, reproducible, reliable, inexpensive, and require no active participation by the subject.

In the last years, efforts have been made to validate noninvasive methods for measurement of total body water, fat free mass, and body fat in newborn infants, such as total body electric conductivity, dual-energy x-ray absorptiometry, and magnetic resonance imaging. Some of these techniques have been developed with special adaptation to preterm infants. Less accurate and precise, but more practical and inexpensive methods, such as bioelectric impedance analysis and anthropometry, seem to be more feasible and promising in clinical practice, including in newborns receiving intensive care.

**Key words:** Anthropometry; Body composition assessment; Noninvasive methods; Newborn; Nutritional assessment.

## **IMPACTO CIENTÍFICO – QUAL A NOSSA REALIDADE?**

J.M. Videira Amaral, L. Pereira da Silva.

Clínica Universitária de Pediatria, Hospital de Dona Estefânia. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

Acta Pediátrica Portuguesa 2002;33:1-2. [Artigo de opinião]

**Resumo:** Um bom trabalho científico deve cumprir critérios internacionalmente reconhecidos para que seja credível, ter nível para ser aceite em edições de prestígio internacional e, idealmente, ter impacto científico. Este último requisito é medido pelo número de citações de determinado artigo na bibliografia internacional e representa uma característica de excelência que distingue os trabalhos que suscitam realmente mais interesse. Numa lógica de economia de mercado, o impacto científico, um indicador de produção científica, reflecte a procura e poderá justificar os recursos humanos e económicos despendidos na investigação. Na era da informática e de fácil acesso à *internet*, estará a curto prazo mais acessível a consulta *on-line* deste indicador bibliométrico. Será então possível avaliar o impacto científico de determinado autor, grupo de trabalho, revista científica, instituição ou país. É uma medida que deveria ser considerada por quem tem a obrigação de investigar e bem-vinda para quem se preocupa em aferir a sua actividade científica. Ter impacto científico implica, não só, o mérito de ver publicado determinado trabalho numa edição internacionalmente reconhecida, mas também a comprovação de que o mesmo tem interesse, porque é “consumido”.

**Palavras chave:** Actividade científica; Impacto científico; Indicador bibliométrico; Investigação

## **ALIMENTAÇÃO PARENTÉRICA EM NEONATOLOGIA**

L. Pereira da Silva

Clínica Universitária de Pediatria, Serviço 1, Unidade Cuidados Intensivos Neonatais, Hospital D Estefânia. Curso Satélite sobre Alimentação Parentérica, I Reunião Internacional do Departamento de Pediatria do Hospital Fernando Fonseca  
Lisboa, 6 de Março de 2002.

**Resumo:** Comunicação integrada em curso de pós-graduação, que incluiu as indicações da nutrição parentérica (NP) em neonatologia, recomendações e controvérsias sobre o suprimento hídrico e dos principais nutrientes, designadamente glicose, aminoácidos, lípidos, minerais, vitaminas e oligoelementos. Também incluiu o controlo laboratorial e clínico e a adaptação da NP ao grau de imaturidade do recém-nascido e a certas situações patológicas, como seja a sépsis. Foram discutidas novas propostas sobre aspectos pontuais face aos actuais conhecimentos.

**Palavras-chave:** Alimentação parentérica; Recém-Nascido

## VITAMINA A E PULMÃO – QUE FUTURO ?

L. Pereira da Silva.

Clínica Universitária de Pediatria, Serviço 1, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Hospital de Dona Estefânia.

XXVIII Jornadas da Secção de Neonatologia da SPP. (Comunicação Mesa Redonda)

Braga, 17 de Maio de 2002.

**Resumo:** O objectivo deste trabalho foi rever os estudos cujos resultados, baseados na evidência, recomendam ou não, a suplementação com vitamina A em pacientes em risco de displasia broncopulmonar (DBP).

De entre estes, destaca-se o maior ensaio aleatorizado e controlado, da autoria de Tyson et al. (1999), um estudo multicêntrico que envolveu 809 recém-nascidos de peso < 1000 g (405 tratados/ 402 não tratados). Os recém-nascidos tratados receberam 5000 UI de vitamina A por via intramuscular em dias alternados, desde o nascimento e durante 4 semanas. Os resultados deste estudo levam a concluir que a elevada dose de vitamina A reduziu o estado carencial nesta vitamina e reduziu a incidência do óbito ou DBP às 36 semanas de idade corrigida, embora de forma modesta (55% vs 62%).

Às luz destes resultados, continuamos sem respostas inequívocas a várias questões: Merecerá a modesta redução da incidência de DBP o risco de traumatismo muscular e de infecção, pelas injeções repetidas de vitamina A, em recém-nascidos com escassez em massa muscular ? Será adequada a actual recomendação da *American Academy of Pediatrics* de administrar suplemento de vitamina A aos recém-nascidos pré-termo, na dose de 700-1500 UI/Kg/dia? Por quanto tempo se deve prolongar a administração suplementar desta vitamina na prevenção da DBP ?

**Palavras-chave:** Displasia broncopulmonar; Recém-nascido; Vitamina A.

## NOSOCOMIAL INFECTION IN PORTUGUESE NICUs

Neonatal Branch of the Portuguese Society of Pediatrics

M Teresa Neto, Micaela Serelha, A Nunes, O Guerreiro, AC Braga, C Lemos, E Afonso, C Carvalho, M Mateus, H Carreiro, JM Garrote, T Costa. (Infectious Collaborative Study Group)

XVIII European Congress of Perinatal Medicine

Oslo, Junho de 2002 (Poster)

**Introduction:** Nosocomial infection is the most frequent kind of infection in babies admitted to a NICU. It is an important cause of morbidity, prolongs hospital staying, influence mortality and increases hospital costs. It is important to assess its epidemiology and search for sources, with the aim of correcting procedures and restrict antibiotics use.

**Objective:** The aim of this multicentre prospective study is to assess the epidemiology of nosocomial infection in Portuguese NICUs.

**Methods:** Ten NICU were enrolled during 1999 and 2000. Babies of any age, with clinical and hematological signs of infection, beginning 72 hours after admission, except when caused by group B *Streptococcus* and *Listeria*, either cultures were positive or negative, were included. Viral and superficial infections were excluded.

**Results:** During the study period, 5.339 were admitted to those NICUs; there were 547 episodes of nosocomial infection in 391 newborn babies (1.4 episodes/infant). The rates of nosocomial infection were 10.2/100 admitted babies and 8/1000 days at risk. Nosocomial infection affected 23.2% of admitted VLBW infants but only 3.7% of non-VLBW babies; also, nosocomial infection accounted for 76.3% of all episodes of infection in VLBW infants, compared to 27.9% in non-VLBW babies. The most frequent kind of infection was septicaemia (n=322 - 58.9%), followed by clinical sepsis (n=166 - 30.3%) and pneumonia (n=107 - 27.4%), 44 of them ventilator-related. There were 6 babies with hospital-acquired meningitis. Gram + bacteria accounted for 69% of all isolates, CNS being the most frequent (57% - 183/322). Amongst Gram - the most frequent were *Klebsiella*, *Enterobacter* and *Pseudomonas*. All *Enterococcus* were sensitive to ampicillin; 20% of *Staph aureus* and 90% of CNS were methicillin-resistant and some strains of

*Klebsiella*, *Citrobacter* and *Serratia* were multiresistant. Lethality was 6.6% with no significant difference between VLBW and non-VLBW babies. The most lethal bacteria was *Enterobacter*

**Conclusions:** Almost 25% of admitted VLBW infants had hospital-acquired infection that was the most frequent infection of this group of babies. As expected, the most frequent infection was septicaemia and the most frequent isolate, CNS. The high rate of methicillin-resistant CNS and some multiresistant Gram negative strains are cause for concern. Despite of these findings, lethality was low, even in VLBW infants.

## **MOTHER-RELATED INFECTION IN PORTUGUESE NEWBORN BABIES**

### **Neonatal Branch of the Portuguese Society of Pediatrics**

MT Neto, M Serelha, A Nunes, O Guerreiro, AC Braga, C Lemos, E Afonso, C Carvalho, M Mateus, H Carreiro, JM Garrote, T Costa. (Infectious Collaborative Study Group):

XVII European Congress of Perinatal Medicine

Oslo, Junho de 2002 (Poster).

**Introduction:** Mother-related infections are a serious cause of morbidity and mortality in newborn babies. The full importance of mother-related infections was not well known in Portugal.

**Objective:** The aim of this multicentre prospective study was to assess the extension of the problem and the most frequent bacteria causing it.

**Methods:** The study enrolled 10 NICU during 1999 and 2000. All babies with clinical and hematological signs of infection, either cultures were positive or negative were included as well as babies with pneumoniae and meningitis. Congenital and viral infections were excluded. Infections beginning during the first 72 hours of life and those caused by GBS and *Listeria* after 72 hours of life were considered as mother-related.

**Results:** 50.883 alive newborn babies were born in the enrolled maternities; 5.339 were admitted to a NICU; 400 of them filled described criteria for mother-related infection (7.9/1000 alive born). The most frequent kind of infection was clinical sepsis (n= 239-4.7/1000) followed by pneumonia (n=115-2.3/1000), septicaemia (n=85-1.7/1000) and meningitis (n=15-0.3/1000). Mother-related infection was as frequent in VLBW as in non-VLBW infants (7.2% vs. 7.5%); however, it was responsible for 67% of all episodes of infection of the non-VLBW infants against 23.7% on VLBW. There were 96 isolates (24%); 72% were Gram positive (n= 69). The most frequent bacteria were GBS (n=50-52% of all isolates). Lethality was 4% and was significantly higher in VLBW infants. Mother-related infection was the most important cause of infection-related mortality in VLBW infants. GBS infection was, by itself, the most frequent cause of mortality related to mother-related infections and the most lethal one.

**Conclusions:** The rate of mother-related infection found in this study is similar to that described by others. Despite not being the most common cause of infection in VLBW infants, mother-related infection in these babies is the most frequent cause of infection-related death. GBS was the most frequent isolate and also the most lethal.

## **GROUP B STREPTOCOCCUS INFECTION IN THE FIRST 90 DAYS OF LIFE**

M Teresa Neto, Ana Nunes, M Mateus.

Portuguese Paediatric Surveillance Unit (PPSU) - Portugal

Palestra, XXVII Jornadas da Sociedade Portuguesa de Pediatria.

Carvoeiro, Maio de 2002.

43th Annual Meeting of the European Society for Pediatric Research. (Comunicação livre)

Utrecht, Setembro de 2002.

**Background:** Group B *Streptococcus* (GBS) is one of the most common pathogens in the neonatal period. Despite being mother-related it can cause infection after the neonatal period.

**Aim:** to assess the epidemiology of GBS infection during the first 90 days of life. **Design:** National epidemiologic surveillance.

**Methods and patients:** PPSU sends postcards to all paediatricians for individual, active and voluntary notification of GBS infection. An enquiry is filled in and returned to PPSU. The surveillance started on April 1<sup>st</sup>, 2001. These are the first year preliminary results.

**Results:** 44 cases of GBS infection were fully reported (estimated incidence – 37/100 000 alive born infants). Thirty infants (68.2%) were infected in the first 72 hours of life (13/30 within the first 6 hours), 10 between 72 hours and 28 days and the remaining 4 cases between the 28th and the 36th days of life. Ten infants were preterm and 2 had birth weight under 1500gr. Ten mothers had fever and 5 were under antibiotics; two were known as GBS carriers. Six babies were born after caesarean section with intact membranes. There were 39 babies with septicaemia (11 with meningitis, 8 with pneumonia). Five babies with clinical sepsis and negative blood cultures had pneumonia, meningitis, arthritis, SGB isolation on the catheter's tip and positive antigens in the CSF. Lethality was 6.8%. All three deceased infants died in the first 28 hours of life. Twenty nine infants needed intensive care and 6 were ventilated; survivors stay was 8.7 and 17.1 patient/days respectively in intensive and intermediate care. Severe and mild sequelae were found respectively in 3 and 2 infants.

**Conclusions:** GBS infection seems to be predominantly an early infection of the term baby and rare after the second month of life; neither mother treatment with antibiotics nor caesarean section with intact membranes did prevent neonatal GBS infection.

### **A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DA OSMOLALIDADE DE SOLUÇÕES DE NUTRIÇÃO PARENTÉRICA NO RECÉM-NASCIDO, NA ESCOLHA DA VIA DE ADMINISTRAÇÃO.**

Luís Pereira da Silva, D. Virella, Graça Henriques, M. Rebelo, M. Serelha, J.M. Videira Amaral.

Clínica Universitária e Pediatria, Serviço 1, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Congresso do Hospital de Dona Estefânia - 125 Anos na Saúde da Mulher e da Criança. Lisboa – 16 a 18 de Outubro de 2002. (Comunicação livre)

**Introdução:** As soluções de nutrição parentérica (NP) administradas a recém-nascidos (RN) são frequentemente hipertónicas. Quando a sua osmolalidade ultrapassa 600 mOsm/Kg, está preconizada a administração por via central, pelo risco de flebite. Conhecer a osmolalidade destas soluções permite, pois, prevenir com maior objectividade os riscos inerentes à sua perfusão.

**Objectivo:** Analisar a osmolalidade de soluções de NP administradas a RN, particularmente nos primeiros oito dias de prescrição, e a via de perfusão.

**Material e métodos:** Foram medidas as osmolalidades de 101 soluções de NP diferentes, consecutivas, preparadas para 36 RN, pelo método de abaixamento do ponto crioscópico. Relacionou-se a osmolalidade medida com: o peso ao nascer, o dia de administração de NP, a via de perfusão e a evolução da concentração dos seus principais componentes.

**Resultados:** A média (DP) da osmolalidade (mOsm/Kg) de todas as soluções analisadas foi 749,7 (165,4). Nos primeiros 8 dias de administração de NP, a osmolalidade das soluções foi significativamente superior ( $798\pm 186$ ) nas destinadas aos RN com PN 1500-2499 g (grupo I), do que nas dos RN com <1500 g (grupo II) ( $672\pm 135$ ). Das soluções para o grupo II, 65% tinham osmolalidade > 600 e, destas, 82% foram administradas por via central. Das soluções para o grupo I, 85% tinham osmolalidade > 600 e, destas, apenas 12% foram administradas por via central. De notar que, nos primeiros 3 dias de NP, 40% das soluções para o grupo II e praticamente todas as soluções para o grupo I tinham, respectivamente, osmolalidade > 600. O aumento de osmolalidade ao longo dos primeiros 8 dias de NP correlacionou-se positivamente com o aumento da concentração de glicose e azoto. **Discussão:** Para um suprimento nutricional adequado aos RN administrámos frequentemente soluções hipertónicas de NP, pela elevada concentração de nutrientes. A menor osmolalidade das soluções destinadas a RN com < 1500 g resultou, provavelmente, da administração de menor concentração de certos nutrientes, como glicose e amino ácidos, pelo receio de limitação da sua metabolização. O conhecimento da elevada osmolalidade das soluções de NP, atingida precocemente, levamos a reflectir sobre a melhor via de administração, nomeadamente quando a osmolalidade é > 600.

**Palavras-chave:** Hiperosmolalidade; Nutrição parentérica; Osmolalidade; Recém-nascido

### **TUMOR ABDOMINAL NO RECÉM NASCIDO - CASO CLÍNICO**

A. Carvalho\*, J. Matono\*, Frederico Leal\*, Micaela Serelha\*, O. Pita\*\*, I. Fonseca\*\*\*

\*Clínica Universitária de Pediatria, Serviço 1, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Hospital de Dona Estefânia, \*\*Serviço de Pediatria, Maternidade de Dr. Alfredo da Costa e \*\*\*Serviço de Anatomia Patológica, Instituto Português de Oncologia de Dr. Francisco Gentil.

XXVIII Jornadas da Secção de Neonatologia da SPP (Poster)

Braga, Maio de 2002.

Congresso do Hospital de Dona Estefânia - 125 Anos na Saúde da Mulher e da Criança

Lisboa, 16 a 18 de Outubro de 2002. (Poster)

**Resumo:** Apresentamos o caso clínico de um RN do sexo feminino transferido aos 14 dias de vida, da Maternidade Dr. Alfredo da Costa para a UCIN do Hospital de Dona Estefânia, com o diagnóstico de tumor abdominal para intervenção cirúrgica. Mãe de 25 anos, IG I P, gravidez vigiada de 38 semanas, hidrâmnios e discrepância cefalo caudal detectados às 26 semanas de idade gestacional. Parto por cesariana. Peso = 2380 g. Apgar 1<sup>o</sup>-5, 5<sup>o</sup>-8 necessitando de reanimação. Do exame objectivo realça-se dismorfia facial, sopro sistólico às 12 horas de vida e massa abdominal de grandes dimensões e consistência dura. Por apresentar pneumonia com derrame pleural à esquerda inicia antibioterapia e ventilação mecânica. Aos 13 dias de vida realiza Ressonância Magnética do abdómen que revela massa abdominal retroperitoneal homogénea. Aos 18 dias de vida é efectuada, sob controle ecográfico, punção aspirativa do tumor para citologia cujo resultado foi inconclusivo. A laparotomia efectuada para biópsia revela massa volumosa bosselada retroperitoneal e da raiz do mesentério, estendendo-se até ao diafragma e de contornos mal definidos. O tumor é considerado inoperável e o exame histológico evidencia neuro-fibroma plexiforme. O óbito ocorreu ao 47<sup>o</sup> dia de vida por acidose respiratória grave.

### **SÍNDROME DE TRANSFUSÃO FETO-FETAL E ENFARTE ISQUÉMICO. IMPORTÂNCIA DA ECOGRAFIA TRANSFONTANELAR NO DIAGNÓSTICO PRECOCE**

Alexandra Carvalho, António Clington, Micaela Serelha

Clínica Universitária de Pediatria, Serviço 1, Unidade Cuidados Intensivos Neonatais, Hospital D Estefânia.

Congresso do Hospital Dona Estefânia – 125 Anos na Saúde da Mulher e da Criança.

Lisboa, 16 a 18 de Outubro de 2002.

**Introdução:** A gravidez gemelar está associada a várias complicações, sendo elevada a taxa de mortalidade perinatal. Uma das complicações frequentes é o Síndrome de Transfusão Feto-Fetal, no qual se estabelecem conexões vasculares arterio-venosas, onde se junta um sistema de alta pressão com um de baixa pressão. As manifestações clínicas desta situação podem variar de formas leves a formas geralmente graves. O gémeo dador tem anemia, hipovolémia e atraso de crescimento intra-uterino. O gémeo receptor desenvolve geralmente policitémia, hipervolemia e hipertrofia cardíaca. Ambos os gémeos nesta situação, têm risco de isquémia, tromboembolismo, coagulação intravascular disseminada e morte. Quando ocorre morte *in útero* de um gémeo pode haver passagem de material embólico para o gémeo sobrevivente, provocando frequentemente enfarte isquémico cerebral. Esta situação pode ser precocemente diagnosticada através da realização de ecografia transfontanelar.

**Objectivo:** Realçar a importância da realização da ecografia transfontanelar na avaliação de recém-nascidos (RN) internados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), permitindo o diagnóstico precoce de lesões do sistema nervoso central e seu posterior seguimento.

**Caso Clínico:** Trata-se dum RN do sexo masculino, internado na UCIN no pós-parto imediato por prematuridade e baixo peso. Mãe de 41 anos, O Rh-, III GVP, com gravidez de 35 semanas, gemelar monocoriónica biamniótica, vigiada. Parto: cesariana, 1<sup>o</sup> gémeo IA- 1<sup>o</sup>-9 5<sup>o</sup>-10, PN= 1690 g. 2<sup>o</sup> gémeo nado-morto. Ao exame objectivo apresentava-se pletórico, acrocianose das extremidades, sem dificuldade respiratória e com exame neurológico normal. Realizou ecografia transfontanelar no 1<sup>o</sup> dia de vida que revelou imagem hiperecogénica já escavada no território da artéria cerebral média esquerda, compatível com enfarte isquémico e hemorragia intraventricular

esquerda. Realizou EEG que foi normal. Ao 7º dia de vida realizou ressonância magnética nuclear crânio-encefálica que confirmou a imagem observada na ecografia transfontanelar. O RN teve alta aos 27 dias de vida clinicamente bem, sendo orientado para várias consultas: Neonatologia, Neurologia e Medicina Física e Reabilitação.

**Discussão:** A realização de ecografia transfontanelar nas primeiras horas de vida permitiu identificar a presença de uma lesão isquémica, que ocorreu *in utero* em consequência da transferência de material embólico do 2º gêmeo morto. A identificação precoce desta situação permitiu um acompanhamento imagiológico seriado e uma orientação multidisciplinar deste RN de forma a minimizar as sequelas futuras.

## **RASTREIO UNIVERSAL DA AUDIÇÃO DOS RECÉM-NASCIDOS DO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA**

Fernando Chaves, Luísa Monteiro, Soares da Cunha I, Pombo E, Rodrigues N, Serelha M, Calado V, Amaral JMV.

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais - Serviço 1 de Pediatria Médica e Serviço de Otorrinolaringologia. Hospital de Dona Estefânia.

Congresso do Hospital de Dona Estefânia - 125 Anos na Saúde da Mulher e da Criança.

Lisboa, 16 de Outubro de 2002.

**Introdução:** Desde a década de noventa que têm surgido, em todos os países desenvolvidos, programas de Rastreio Universal da Audição, tornados possíveis pelo aparecimento de tecnologias automáticas de rastreio auditivo, nomeadamente otoemissões acústicas e potenciais evocados auditivos. Vários autores demonstram inequivocamente a vantagem de diagnosticar e intervir precocemente na reabilitação da deficiência auditiva das crianças.

**Objectivos:** I- Identificar todas as crianças com deficiência auditiva significativa (limiares auditivos superiores a 40 dB) antes dos 4 meses de idade. II- Iniciar a reabilitação adequada antes dos 6 meses de idade.

**População:** Serão incluídos todos os recém-nascidos (RN) da maternidade do HDE submetidos ao rastreio auditivo, no período compreendido entre 1 de Abril de 2002 a 30 de Setembro de 2002.

**Métodos:** Estudo prospectivo em que a audição dos RN é avaliada num programa com 3 fases: 1ª Fase – com início nas primeiras horas de vida, antes da alta da maternidade, utiliza otoemissões acústicas automáticas (OEA), segundo o binómio “passa” / ”refere” (“falha”). Quando não se registam OEA, o RN é referido à fase seguinte; 2ª Fase – tem lugar antes das 4 semanas de vida, utilizando a mesma tecnologia da 1ª fase, com o mesmo método de decisão. As crianças que não “passam” são referidas à fase seguinte; 3ª Fase – decorre já no Serviço de Otorrinolaringologia. Consiste na observação do RN em consulta de otorrinolaringologia especializada e execução de exames complementares de diagnóstico, nomeadamente potenciais evocados auditivos e audiometria comportamental, executados antes dos 4 meses de idade. Nos casos em que se confirma deficiência auditiva significativa (limiares auditivos superiores a 40 dB no melhor ouvido) as crianças são encaminhadas para reabilitação adequada antes dos 6 meses de idade. A equipa que procede ao rastreio é multidisciplinar, constituída por enfermeiras, técnicas de audiologia, pediatras e otorrinolaringologistas.

**Resultados e discussão:** A taxa de cobertura do rastreio foi de 87%, 94%, 94%, 82,6% e de 89,9% respectivamente nos meses de Maio, Junho, Julho, Agosto e Setembro. A percentagem de falsos positivos foi inferior a 2%. Estes resultados demonstram a boa implementação do programa de Rastreio Universal da Audição na Maternidade do HDE.

## **MARCADORES DE INFECÇÃO NO PERÍODO NEONATAL – QUAL SERÁ O MELHOR?**

M Teresa Neto, Antonieta Bento, J M Videira Amaral

Clínica Universitária de Pediatria, Serviço 1, Unidade Cuidados Intensivos Neonatais, Hospital D Estefânia.

**Introdução:** O diagnóstico precoce de infecção no período neonatal continua a ser um desafio em neonatologia. Os exames culturais são necessariamente demorados e a PCR é tida como um exame de baixa sensibilidade nos estádios precoces da infecção. É de admitir que as citocinas sejam exames mais sensíveis já que precedem a proteína C reactiva (PCR) na cascata da infecção.

**Objectivo:** Determinar a sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e negativo (VPP e VPN) da PCR, procalcitonina (PCT), interleucina 6 e 8 (IL6 e IL8) e factor de necrose tumoral  $\alpha$  (TNF $\alpha$ ) em recém-nascidos (RN) com infecção.

**Tipo de estudo:** Prospectivo. Doentes: Foram englobados no estudo RN de qualquer idade de gestação, desde o nascimento até aos 28 dias de vida, admitidos na UCIN do Hospital Dona Estefânia entre Abril de 1996 e Dezembro de 2000. Formaram-se dois grupos de doentes: grupo 1 – doentes infectados; grupo 2 – doentes não infectados. **Métodos:** Para a PCR foi usado um método immunoturbidimétrico, limiar do normal - 1.5 mg/dl; para a PCT usou-se um método immunoluminométrico, limiar do normal 2ng/ml; para a IL6, IL8 e TNF $\alpha$  foi usado um método de quimioluminescência e os limiares aceites foram respectivamente de 70 pg/ml, 60pg/ml e 10 pg/ml. Foi usado o teste de Mann-Whitney e o teste de p emparelhado.

**Resultados:** Quadro.

Quadro	PCR n = 189	PCT n = 74	IL6 n = 170	IL8 n = 99	TNF $\alpha$ n = 123	PCR+ IL6 n = 164	PCR+PCT n = 69	PCR + TNF $\alpha$ n = 121
Sensibilidade	68%	57%	66%	52%	74%	49%	48%	44%
Especificidade	94%	72%	77%	72%	58%	71%	71%	54%
VPP	81%	53%	55%	20%	33%	91%	87%	85%
VPN	88%	64%	84%	85%	89%	91%	81%	93%

**Conclusão:** Isoladamente a PCR e o TNF $\alpha$  obtiveram os melhores resultados. Os VPP e VPN mais elevados foram encontrados combinando os valores da PCR com os da IL6 ou do TNF $\alpha$ .

## INFECCÃO CONGÉNITA POR CMV. A PERSPECTIVA DO PEDIATRA

Maria Teresa Neto

Clínica Universitária de Pediatria, Serviço 1, Unidade Cuidados Intensivos Neonatais, Hospital D Estefânia  
Simposium - Infecção Congénita por CMV (Palestra)

Lisboa, Outubro de 2002.

**Resumo:** Expectativa em relação à infecção congénita a CMV é talvez o sentimento que melhor descreve o que sente o pediatra quando pensa nesta infecção. Expectativa de ter vacina eficaz que proteja as mulheres em idade reprodutiva; de ter diagnóstico pré-natal fidedigno e, nesse caso, possibilidade de tratar a mulher infectada ou, de modo seguro, interromper a gestação; expectativa de dispor de um tratamento dirigido, eficaz e inócua no RN ou de poder ver erradicada a infecção congénita por este vírus. E tudo isto porque é uma infecção que levanta muitos problemas de diagnóstico, terapêutica e prognóstico. Não é possível tirar lições de outras infecções congénitas para a do CMV. Na realidade, nesta, há a possibilidade de encontrarmos infectados filhos de gestações consecutivas e a frequência da infecção não tem correlação com o estadio da gravidez, podendo ocorrer em qualquer trimestre. Contudo, tal como naquelas, a gravidade é tanto maior quanto mais precoce na gestação tiver lugar a infecção. Não tendo "aproveitado" a oportunidade de se infectar *in utero*, o RN conta ainda com muitas outras. A passagem pelo canal do parto é uma delas mas o aleitamento materno é muito mais eficaz. A frequência do infantário onde o lactente poderá entrar facilmente em contacto com o vírus, através dos brinquedos, mãos e saliva é a oportunidade seguinte. Se estiver inserido numa família seronegativa, este transportador de vírus vai rapidamente transmiti-lo à mãe, negativa em idade fértil, possibilitando a infecção congénita de um futuro irmão. Apesar de ser a infecção congénita mais comum como o maior contingente de RN infectados é assintomático não é possível fazer o

diagnóstico. A infecção grave de muitos RN tem levado a que muitos pediatras e neonatologistas usem imunoglobulina hiperimune e antiretrovirais - ganciclovir - mesmo contra as indicações do fabricante. Os resultados, bons para os optimistas, incentivaram ao seu uso cada vez mais generalizado e em situações cada vez menos graves. Usado inicialmente em doses adaptadas do adulto, é possível cada vez mais utilizar doses e periodicidade encontradas como as mais eficazes no RN.

**Palavras Chave:** Recém-nascido, CMV, infecção congénita

## **HOSPITAIS PEDIÁTRICOS. ESTRATÉGIAS PARA AS PRÓXIMAS DÉCADAS**

Maria Teresa Neto

Clínica Universitária de Pediatria, Serviço 1, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Hospital de Dona Estefânia.

Congresso do Hospital Dona Estefânia - 125 Anos na Saúde da Mulher e da Criança  
Lisboa, 16 de Outubro de 2002. (Palestra)

**Resumo.** Há mais de 150 anos, até Florence Nightingale, punha em dúvida a necessidade de hospitais pediátricos. No séc. XIX, a ideia de um hospital pediátrico nem nos médicos encontrava eco. O conceito de hospital pediátrico era, então, um pouco diferente do de hoje. No séc. XIX era destinado às crianças pobres enfermas, no séc. XX serviu as crianças enfermas, no 3º Milénio servirá a criança como um ser com individualidade e personalidade própria, necessidades diferentes e soluções específicas, inserido na família e na sociedade. A assistência médica à criança deve ser primariamente realizada pelo médico assistente no seu consultório. Caso a doença não seja resolúvel com os meios ao dispor, a criança será enviada para o Centro de Saúde, para o Serviço de Pediatria do Hospital Geral da zona residencial, ou para o Hospital Pediátrico, se a gravidade do problema o exigir. Por isso é fácil entender que a admissão num Hospital Pediátrico será sempre referenciada. Constituindo o hospital pediátrico o ponto final na assistência médica à criança é-lhe exigido que se afirme como o centro de excelência da clínica pediátrica e que preste assistência em todas as áreas da pediatria. Para isso, deve integrar equipas de grande diferenciação médico-cirúrgica e pediatras de todas as especialidades. O Serviço de Emergência, que concentrará toda a emergência pediátrica de uma grande área geográfica, receberá doentes transportados apenas por ambulância, enviados de outros hospitais. Sendo este o conceito de um hospital de referência deve ser um hospital universitário, integrando o ensino pré e pós graduado e um centro de investigação pediátrica. As principais diferenças entre um serviço de pediatria dum hospital geral e um hospital pediátrico é que, naquele, serão internadas as crianças da área residencial com patologia ligeira que necessita de internamento de curta duração. A criança é mais um doente, que utiliza os serviços instalados, dirigidos ao adulto. O hospital pediátrico receberá patologia referenciada e, nele, tudo foi concebido, construído e dirigido à criança.

**Palavras chave:** Criança; Hospital; Hospital pediátrico

## **A OSMOLARIDADE DE SOLUÇÕES DE NUTRIÇÃO PARENTÉRICA NEONATAL, CALCULADA POR UMA EQUAÇÃO SIMPLES, TEM BOA CORRELAÇÃO COM A OSMOLALIDADE MEDIDA**

Luís Pereira da Silva, Daniel Virella, Graça Henriques, M. Rebelo, Micaela Serelha, J.M. Videira Amaral.

Clínica Universitária de Pediatria, Serviço 1, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Hospital de Dona Estefânia.

Congresso do Hospital Dona Estefânia - 125 Anos na Saúde da Mulher e da Criança  
Lisboa, 16 de Outubro de 2002 (Comunicação livre)

11<sup>th</sup> European Workshop on Neonatology

Sintra, 24 de Outubro de 2002. (Comunicação em Mesa Redonda)

Em publicação na *Biology of the Neonate* 2003.

**Introdução:** Para prevenir os riscos inerentes à administração intravenosa de soluções hipertónicas de nutrição parentérica (NP) é importante dispor de um meio acessível e simples de avaliar a sua osmolaridade. Objectivo: Avaliar se a osmolaridade de soluções de NP neonatal, calculada por uma equação simples, tem boa correlação com a osmolalidade medida. Material e métodos: Foram medidas as osmolalidades de 101 soluções de NP diferentes, consecutivas, preparadas para 36 pacientes, pelo método de abaixamento do ponto crioscópico; os respectivos coeficientes de variação intra-análise e inter-análise foram sempre < 2,1%. Para determinar uma equação preditiva da osmolaridade que se correlacionasse com os valores medidos de osmolalidade, utilizou-se a análise de regressão multivariada (métodos passo-a-passo e introdução sequencial). Resultados: A média ( $\pm$  DP) da osmolalidade das soluções analisadas foi 749,7 ( $\pm$  165,4) mOsm/Kg. A equação que mais se adequa, com um coeficiente de discriminação  $R^2 = 0,95$  ( $R^2 = 0,90$  para amostras entre 500 e 1000 mOsm/L), é: *Osmolaridade (mOsm/L) = (nitrogénio x 0,8) + (glicose x 1,235) + (sódio x 2,25) + (fósforo x 5,43) - 50*, considerando a concentração dos componentes em mmol/L. Adaptando a equação às unidades habitualmente usadas na prática clínica e considerando a concentração de glicose e amino ácidos em g/L, de fósforo em mg/L e de sódio em mEq/L, a equação é: *Osmolaridade (mOsm/L) = (nitrogénio x 8) + (glicose x 7) + (sódio x 2) + (fósforo x 0,2) - 50*, com um similar  $R^2$ . Discussão: A equação proposta constitui um meio rápido e simples para calcular a osmolaridade de soluções de NP destinada a recém-nascidos, tendo em conta que a maioria das unidades de cuidados intensivos neonatais não dispõe de osmómetro. Este cálculo permite escolher com maior objectividade a via e o ritmo de administração das soluções de NP.

**Palavras-chave:** Nutrição parentérica; Osmolaridade; Osmolalidade; Recém-nascido

### **GASTROSQUISE - SERÁ MELHOR NASCER PRÉ-TERMO?**

M. Teresa Neto, Daniel. Virella, Alexandra Carvalho, Micaela Serelha, JM Videira Amaral.

Clínica Universitária de Pediatria, Serviço 1, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Hospital de Dona Estefânia.

Congresso do Hospital Dona Estefânia - 125 Anos na Saúde da Mulher e da Criança.

Lisboa, 16/10/2002. (Palestra)

**Resumo:** O contacto do intestino fetal com o líquido amniótico (LA), urina fetal e mecónio, tem sido implicado na lesão intestinal dos recém-nascidos (RN) com gastrosquise o que tem condicionado a indução do parto pré-termo no sentido de evitar o contacto prolongado do intestino com o LA.

**Objectivo:** Avaliar as implicações da prematuridade induzida e a evolução das crianças com gastrosquise, nascidas pré-termo.

**Tipo de estudo:** Histórico de coortes anichado

**Doentes e Métodos:** De 1986 a 2002, foram tratados na UCIN do Hospital Dona Estefânia, 41 RN com gastrosquise. Faleceram 4 crianças que foram retiradas da análise por terem morrido nos primeiros 5 dias de vida. Foram avaliadas as complicações imediatas da prematuridade, a duração da ventilação mecânica, a idade da primeira dejeção, a duração da alimentação parentérica e o início da alimentação entérica (AE), a duração dos cateterismos venosos centrais e o tempo médio de estadia na UCIN. Estes parâmetros foram comparados entre: 1) RN termo e pré-termo (RNPT); 2) RN com LA claro (LAC) e LA tinto de mecónio (LAM) e 3) RNPT com LAC e RN de termo com LAM. Os resultados são expressos em mediana, quartis e limites. Foram usados o teste de Man-Whitney e t de Student.

**Resultados:** A mediana do PN e da IG foram respectivamente 2100g (755-3540) e 36 semanas (29-41); 22 crianças (53.7%) eram PT [34 semanas (29-36)]; 24 (58.5%) tinham diagnóstico pré-natal de gastrosquise; 24 nasceram de cesariana electiva; 17 tinha LAM - 8 PT e 9 de termo. Não foram encontradas complicações imediatas decorrentes da prematuridade. Os RNPT iniciaram a AE mais precocemente do que os RN de termo ( $p=0,045$ ); os RN com LAM necessitaram de VM durante mais tempo ( $p=0,02$ ). Estas diferenças foram encontradas comparando RNPT com LAC com RN de termo com LAM mas não se verificaram quando foram comparados RN de termo com LAC e RN de termo com LAM.

**Conclusão:** As crianças com gastrosquise necessitam de menos cuidados intensivos se nascerem PT o pode ser devido ao contacto menos prolongado do intestino com LA sobretudo se for LAM. A prática de induzir a prematuridade nestes RN parece ser justificada.

**Palavras chave:** Recém-nascido; Gastrosquise; Prematuridade

### **GASTROSCHISIS - DOES PREMATURE BIRTH IMPROVE OUTCOME?**

M Teresa Neto, Daniel Virella, Alexandra Carvalho, Micaela Serelha, J M. Videira Amaral.

Department of Pediatrics, NICU - Hospital Dona Estefânia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa - Portugal

11th European Workshop on Neonatology (Comunicação livre)

Sintra, 25 de Outubro de 2002.

**Background:** Contact of fetal gut with amniotic fluid (AF), fetal urine and meconium has been considered to cause intestinal damage in gastroschisis. This assumption has implied a new approach to delivery, inducing prematurity to avoid that effect. **Objective:** To assess if a baby with gastroschisis should be delivered prematurely. **Design:** Nested historic cohorts study.

**Setting:** Tertiary referral NICU. **Patients and Methods:** From 1986 through 2002, 41 newborn infants with gastroschisis were cared for at Dona Estefânia Hospital NICU. All 4 deceased infants were excluded from the analysis, as all deaths occurred within the first 10 days of life. Pulmonary complications of prematurity, duration of mechanical ventilation (MV), time of first bowel movement, duration of parenteral nutrition, beginning of enteral nutrition (EN), duration of central catheters placement and length of NICU stay, were compared between 1) term and preterm babies (PT); 2) babies with and without meconium in the amniotic fluid (MAF) and 3) PT babies with light AF and term babies with MAF. All results are expressed in median, quartiles and limits. Mann-Whitney and Student-t tests were used.

**Results:** Median of birth weight and gestational age were respectively 2100g (755-3540) and 36 weeks (29-41); 21 infants (51.2%) were PT [34 weeks (29-36)]; 23 had prenatal diagnosis of gastroschisis (56.1%), all of them delivered by elective caesarean section; 17 newborns had MAF. Early complications related to prematurity were not found. PT were able to start EN earlier than term babies ( $p=0,045$ ); newborns with MAF needed longer MV ( $p=0,02$ ). These differences were found comparing PT with light AF and term infants with MAF, but they did not between term infants with or without MAF.

**Conclusions:** Infants with gastroschisis need less intensive care when born before term. This better outcome seems to be related to shorter gut exposition to AF, particularly if stained with meconium, encouraging the current practice of delivering before term.

### **THE VLBW PORTUGUESE NETWORK - FIVE WEAR'S EXPERIENCE**

M T Neto, J C Peixoto, M C Machado, V. Martins, D Virella and the Portuguese VLBW Study Group\* /

Neonatal Branch of the Portuguese Society of Paediatrics

11th European Workshop on Neonatology

Sintra, 25 de Outubro de 2002. (Comunicação livre)

**Introduction:** VLBW Portuguese Network was created in 1994 through the Neonatal Branch of the Portuguese Society of Paediatrics. Thirty five level III and II maternity hospitals have been enrolled, registering about 95% of all VLBW infants born in Portugal.

**Aim:** To provide knowledge on outcomes of VLBW infants registered on this National Network.

**Results:** From 1996 through 2000, 4575 VLBW infants were registered. The median ( $p_{10}$ - $p_{90}$ ) of birth weight and gestational age (GA) was respectively 1160gr (710-1450) and 29 weeks (25-33). The rate of twin pregnancies was 24%; 29% had an Apgar score  $<5$  at 1 minute and 55% needed resuscitation with endotracheal tube; 31% were transferred *in utero* and only 13% needed neonatal transport. Throughout the five year's period pregnancies with no prenatal care decreased from 15% to 9%; prenatal steroids increased from 53% to 71%; the rate of HMD was steady (57%), as well pneumothorax (5,7%), while BPD decreased from 16% to 12%, septic episodes from 34% to 29%, necrotizing enterocolitis from 12% to 10% and HIV

from 32% to 20%. About 70% of the babies needed mechanical ventilation and 50% surfactant. High frequency ventilation increased from 7% to 21%. In the year 2000, nasal CPAP was offered to 10% of these babies as the only ventilation support. Gross mortality rate was 23% including babies with severe congenital anomalies and withdrawal of life support. The threshold of viability in the year 2000 was 26 weeks of GA. Infection was the first cause of death, however, respiratory problems as a whole occupy the first place. **Conclusion:** The quality of health care offered to Portuguese VLBW infants has improved throughout this 5 year's period. This improvement was partly due to the knowledge of National data on these babies.

\* M Serelha, MN Tavares (HD Estefânia), M Primo, ML Oliveira (H Garcia de Orta), A Nunes, MA Bispo (HS Francisco Xavier), A Siborro, M Abrantes (HS Maria), J Saldanha, G Henriques (H Fernando Fonseca), T Costa, G Carvalhosa (M Alfredo da Costa), L Carreira, SP Frutuoso (H.S. António), A Alegria, . Pombeiro (M Júlio Dinis), A Martins, G Silva (HS João), F Araújo, C Carvalho (H Maria Pia), F Fonseca, N Miranda (CH Vila Nova de Gaia), C Lemos, G Mimoso (M Bissaya Barreto), E Afonso, V Martins (M Daniel de Matos), F Neves, L Carvalho, L Januário (H Pediátrico de Coimbra), MJ Castro (H Faro), F Ferreira, F Furtado (H Beja), H Ornelas (H Évora), L Caturra (H Setúbal), CM Avelar (H Vila Franca de Xira), JM Onofre (H Santarém), L Wincler (H Leiria), P Rocha, L Damas (H Aveiro), A Taborda (H Viseu), B Cunha (CH Vale do Sousa), IF Cunha (H Braga), A Pereira (H Guimarães), E Gaspar (H Vila Real), A Laranjeira (H Viana do Castelo), MF Teixeira, O Magro (CH Funchal), F Fagundes (H Angra do Heroísmo), MF Gomes (H Ponta Delgada), D Fino, N Simões (SAMS).

## **BRONCOLOGIA NO RECÉM-NASCIDO. EXPERIENCIA DE 13 ANOS**

J. A. Oliveira-Santos <sup>1</sup>, L. Pereira-da-Silva <sup>2</sup>, A. Clington <sup>2</sup>, M. Serelha <sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Unidade de Pneumologia e <sup>2</sup> Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Departamento de Pediatria, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa.

III Reunião de Broncologia Pediátrica (Comunicação em Mesa Redonda)  
Lisboa – 22 de Novembro de 2002.

**Resumo:** A disponibilidade de broncoscópios cada vez mais sofisticados e versáteis tem alargado o leque das indicações da endoscopia das vias aéreas no recém-nascido, quer no âmbito diagnóstico, quer terapêutico. Com este trabalho procede-se à análise retrospectiva das broncoscopias realizadas em recém-nascidos e revisita-se as indicações desta técnica neste grupo etário.

Foram realizadas 66 broncoscopias em 62 pacientes, num período de 13 anos, o que permitiu o diagnóstico de 46 anomalias e malformações da árvore traqueo-brônquica e 24 lavados bronco-alveolares. Em seis casos foi possível resolver atelectasia resistente por remoção endoscópica de secreções e, noutro, com atresia do esófago, definir o trajeto fistuloso por “canulação” da fistula durante a cirurgia. O broncoscópio flexível foi mais utilizado para o diagnóstico por visualização directa e o rígido para a realização de alguns procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

Entre as principais indicações da broncoscopia destacam-se: estridor, suspeita de fistula traqueal, atresia do esófago, imagens radiológicas não esclarecidas ou recorrentes, atelectasia persistente, dificuldades na intubação, dificuldades na extubação e lavado bronco-alveolar.

**Palavras chave:** Broncoscopia; Lavado broncoalveolar; Recém-nascido

## **INFECÇÃO NOSOCOMIAL EM NEONATOLOGIA**

Maria Teresa Neto

Clínica Universitária de Pediatria, Serviço 1, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Hospital de Dona Estefânia.

Controlo de Infecção em Pediatria. (Palestra)

Lisboa, Dezembro de 2002.

**Resumo:** A infecção de origem hospitalar é uma das grandes preocupações do neonatologista. As taxas de prevalência abrangem um leque muito vasto, variando de autor para autor, sendo referidos valores entre 5,2% e 30,4% dos RN admitidos em cuidados intensivos. Vários factores contribuem para a grande frequência deste tipo de infecção: factores intrínsecos e factores extrínsecos que se podem dividir em extrínsecos relacionados com o RN, e os inerentes à unidade onde foi internado. A mortalidade deste tipo de infecção não é desprezível mas a morbilidade, os custos em tempo de internamento e o uso suplementar de

antibióticos é enorme. Mais do que a grande frequência dos *Staphylococcus* coagulase negativa preocupam-nos a patogenicidade e a multirresistência das bactérias Gram-. O controlo da infecção depende da análise sistemática dos agentes isolados e da resistência microbiana, da detecção precoce dos surtos de infecção e tomada de medidas adequadas, da vigilância apertada das medidas de controlo da infecção como lavagem das mãos, isolamento de doentes infectados com organismos multiresistentes e estudo da colonização em doentes transferidos de outras unidades. Em cada unidade, é fundamental a discussão, caso a caso, da oportunidade da prescrição de antibióticos, de uma política de suspensão de antibióticos na evidência de não infecção, do uso parcimonioso de antibióticos de terceira linha como ceftazidima e ampicilina e a limitação de prescrição de antibioterapia profilática aos casos em que está estritamente indicado.

**Palavras chave:** Recém-nascido; Infecção hospitalar; Cuidados intensivos neonatais

## UNIDADE DE ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA

### **CETOACIDOSE DIABÉTICA - EXPERIÊNCIA DE 5 ANOS**

Carmo Camacho, Luís Gonçalves, Gonçalo C Santos, João Estrada, M Carmo Vale, Catarina Limbert, rosa Pina

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos - Unidade de Endocrinologia Pediátrica - HDE

XXVII Jornadas Nacionais de Pediatria (Poster)

Lagoa - Carvoeiro - 2 a 4 de Maio de 2002

**RESUMO: Introdução:** A cetoacidose diabética (CAD) é uma urgência médica. Apesar dos avanços terapêuticos, mesmo quando tratada em Unidades de referência e com protocolos adequados, a morbidade é importante e continua a apresentar risco de mortalidade. Este trabalho tem como objectivo analisar a evolução dos casos de CAD internados na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) do Hospital Dona Estefânia (HDE).

**Material e métodos:** Foi efectuado um estudo retrospectivo dos processos clínicos das crianças e adolescentes, internados na UCIP do HDE, com o diagnóstico de CAD, no período compreendido entre 1 de Janeiro de 1997 e 31 de Dezembro de 2001.

**Parâmetros analisados:** idade, sexo, duração de sintomas até ao diagnóstico, estado de consciência, de hidratação e perfil bioquímico á entrada (glicémia - osmolalidade, bicarbonato, potássio e pH), desaparecimento da cetonúria nas primeiras 24 horas, duração da perfusão de insulina, ocorrência de complicações e duração do internamento na UCIP.

**Resultados:** Foram internadas 52 crianças com o diagnóstico de CAD. Em 30 casos a CAD foi reveladora da diabetes (grupo A), tendo os restantes ocorrido em crianças com diabetes conhecida (grupo B). A média global das idades foi de  $8,7 \pm 4,0$  anos, tendo havido um ligeiro predomínio do sexo masculino (31/21).

No grupo B, foi encontrada causa desencadeante em 68,2% das crianças, tendo sido a intercorrência infecciosa a causa mais frequente, seguida da omissão de insulina.

O tempo de evolução dos sintomas clássicos (poliúria, polidipsia e polifagia) foi superior a duas semanas em 56,6% das crianças do grupo A. A maioria destas crianças (73,3%), apresentava á entrada, uma desidratação moderada a grave, enquanto que no grupo B a desidratação ligeira foi mais frequente.

A perfusão de insulina teve uma duração média de  $5,7 \pm 8,9$  horas. A ausência de cetonúria ás 24 horas de internamento registou-se em 29% das crianças do grupo A e em 42% do grupo B. A demora média de internamento na UCIP foi de  $38 \pm 21$  horas. Não se registaram complicações, nomeadamente edema cerebral, em nenhum dos grupos.

**Conclusões:** Conclui-se que o protocolo da Unidade é eficaz, na medida em que não se verificaram quaisquer complicações, mesmo nos casos de maior gravidade clínica. Nos casos de descompensação diabética realçamos a importância da educação do diabético para a doença intercorrente, como a definição de normas práticas de actuação, individualizadas. No grupo A, os sintomas clássicos da doença estiveram presentes, na maioria dos casos, durante 2 ou 3 semanas, pelo que pensamos continuar a ser importante um maior sensibilizado dos clínicos para a valorizado mais precoce dos sintomas de diabetes na criança.

## **ESTATURA FINAL EM CRIANÇAS TRATADAS COM HORMONA DE CRESCIMENTO**

Lurdes .Lopes, Catarina Limbert, Rosa. Pina, Guilhermina Romão

Unidade de Endocrinologia e Diabetologia Pediátrica do H.D.Estefânia

IX Encontro de Endocrinologia Pediátrica - Secção Endocrinologia e Diabetologia da S.P.P.

Lisboa, 11 de Outubro de 2002

**Resumo:** Foram analisados os processos de todas as crianças, desde 1986, tratadas com hormona do crescimento (HC) que até Setembro de 2002 terminaram o tratamento, de modo a avaliar a estatura final atingida. Vinte e nove crianças receberam tratamento com HC, sete das quais com S. Turner que não foram incluídas na revisão dos casos. Dos 22 restantes, 14 eram défices de HC isolados idiopáticos, 5 eram défices HC múltiplos idiopáticos, 2 défices HC múltiplo orgânico e 1 displasia óssea com défice de HC. Nove eram do sexo feminino e 13 do sexo masculino. A idade média de início do tratamento foi de  $10.05 \pm 2.69$  anos; a idade media final do tratamento foi de  $16.26 \pm 1.61$  anos; a duração média de tratamento foi de  $6.1 \pm 2.44$  anos e a dose média de HC foi de  $0.59 \pm 0.15$  U/Kg/ semana. A estatura alvo desta crianças era em media de  $162 \pm 8.01$  cm e a estatura média final atingida após o tratamento foi de  $156.8 \pm 10.13$  cm. Apesar da amostra ser reduzida e a força estatística ser menor, pode concluir-se que a velocidade de crescimento (VC) aumenta muito sobretudo nos primeiros 2-3 anos acompanhada de um aumento paralelo do desvio padrão; a dose de HC não tem correlação positiva aparente com a VC; a estatura final tende para a estatura da população geral e em cerca de metade da amostra a estatura final atingida é superior á estatura alvo.

## **OOFORITE AUTOIMUNE ASSOCIADA A TIROIDITE AUTOIMUNE: SINDROME POLIGLANDULAR AUTOIMUNE ?**

Maria José Galo, Rosa Pina, Lurdes Lopes

Unidade de Endocrinologia Pediátrica - Hospital Dona Estefânia, Lisboa

IX Encontro da Secção de Endocrinologia Pediátrica da S.P.P.

Lisboa - 11 de Outubro de 2002

### **RESUMO:**

Os autores apresentam o caso clínico de uma adolescente de 13 anos de idade, enviada A consulta de Endocrinologia Pediátrica por obesidade. O estudo efectuado revelou a existência de um hipogonadismo resultante de ooforite autoimune ( Ac anti ovario +) e cerca de um ano depois detectou-se tiroidite de etiologia autoimune, mantendo-se à data eutiroideia. O restante estudo de patologia autoimune foi negativo aguardando-se o resultado dos Ac anti-suprarenal . Os autores colocam a hipótese de poder tratar-se de um Síndrome poliglandular autoimune tipo 2, não podendo no entanto excluir estarmos em presença de manifestações iniciais menos frequentes de outras Síndromes de poliendocrinopatia autoimune.

## **CETOACIDOSE DIABÉTICA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS - ESTUDO COMPARATIVO NO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA**

Catarina Limbert\*\*, Rosa Pina\*\*, Carmo Camacho\*, Luís Gonçalves\*, Gonçalo Cassiano Santos\*, João Estrada\*, Luís . Varandas\*, M Carmo. Vale\*, Amílcar. Mota\*\*, Carlos. Vasconcelos\*

\*Unidade Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) - \*\* Unidade Endocrinologia - H.D.E.

Congresso Hospital Dona Estefânia - 125 anos na Saúde da Mulher e da Criança

Lisboa , 16 a 18 de Outubro de 2002

**Resumo: Objectivos:** Avaliar a eficácia de um protocolo de actuação na Cetoacidose diabética (CAD) utilizado nos últimos 12 anos na UCIP.

Avaliar possíveis alterações das características da população de doentes internados por cetoacidose diabética; Identificar desencadeantes de descompensação de diabetes com o objectivo final de avaliar a qualidade de cuidados prestados na assistência destes doentes

**Métodos:** foram analisados retrospectivamente os registos clínicos de todos os casos de CAD internados na UCIP entre 1 de Janeiro de 1997 e 31 de dezembro de 2001 (n=52) comparando estes resultados com estudo

semelhante levado a cabo na mesma unidade, com o mesmo protocolo, entre 1 de Janeiro de 1991 e 31 de dezembro de 1994 (n- 44).

**Resultados:** A média total de internamentos foi de 14,7/ano no primeiro estudo e de 14,7/ano no segundo. Não se verificaram diferenças significativas na demora média de internamentos entre os 2 estudos. No estudo mais recente não se verificaram complicações de CAD, enquanto que no primeiro registaram-se 6 casos, nenhum dos quais de edema cerebral. Não há diferença de idade e sexo entre as duas populações e a gravidade á entrada é também semelhante nos 2 grupos.

A taxa anual de internamentos de doentes com CAD reveladora de diagnóstico de diabetes diminuiu 30%; estes doentes apresentavam, no estudo mais recente, uma mais larga evolução da sintomatologia.

A taxa de descompensações em diabetes manteve-se semelhante (6/ano no 1º estudo e 4,4/ano no segundo). Como desencadeante encontrou-se um número semelhante de casos de omissão de injeção de insulina mas menor número de casos de infecção intercorrente.

**Conclusões:** A ausência de casos de edema cerebral em ambos os estudos, não se registando mesmo nenhuma complicação nos últimos 5 anos de utilizado do protocolo (52 doentes) pode considerar-se como indicador de eficácia do referido protocolo.

Uma maior duração dos sintomas até ao diagnóstico pode alertar para a necessidade de maior sensibilizado para o diagnóstico de diabetes na criança e adequada valorização dos sintomas clássicos.

O menor número de casos de infecção como desencadeante de descompensação de diabetes pode traduzir uma mais adequada adaptação do tratamento da diabetes durante a doença intercorrente.

A persistência de casos de omissão de injeção de insulina vem realçar a importância de melhorar o apoio social e psicossocial das crianças diabéticas e seus Familiares.

**SERVICO 2 (Pediatria)**  
**Director: Dr. José Ferra de Sousa**

**PEDIATRIA GERAL**

**INTRODUÇÃO**

António Martins Roque

Ao longo de mais de quarenta anos da sua existência o Serviço 2 tem evoluído naturalmente, mas mantendo um sempre um espirito de independência. Este espirito de independência sempre caracterizou os seus Directores e assenta no respeito por uma hierarquia de valores, nomeadamente da carreira medica.

Acredito que o papel dum Director de Serviço não é reformar, mas orientar o comportamento do pessoal que dirige e assim foi com o Doutor Silva Nunes, primeiro Director do Serviço 2, que incutiu nos seus colaboradores uma serie de princípios que continuam a fazer parte da cultura do serviço.

Consciente de que, no período em que teve a responsabilidade do serviço, a Pediatria sofria uma rápida e profunda evolução defende a subespecialização, mas sempre baseada na pediatria geral o que tornou possível que o actual Director profundamente dirigido para a área da nefrologia pediátrica oriente o serviço em moldes que permitem que ele continue a servir brilhantemente a pediatria geral e coordene com a maior naturalidade algumas áreas sofisticadas. Apesar do caracter multidisciplinar que imprime à formação pediátrica, ao promover a aproximação com os sectores de Cirurgia, Radiologia, Laboratório, Anatomia Patológica o Doutor Silva Nunes continua a interessar-se e a motivar os seus colaboradores pela infeciologia e pela cardiologia infantis Não admira que a Unidade de Infeciologia Infantil ao deixar o Hospital Curry Cabral fosse integrada no Serviço 2.

Logo nos primórdios do Serviço aparecem as preocupações com os custos em saúde. Assim durante a visita médica esses custos eram analisados pelo seu Director que assim conseguiu uma redução espectacular na demora media.

Preocupado com as consequências do hospitalismo promove medidas que hoje se designam por humanização: exige educadoras infantis, apoia o Serviço Social, diminuí a demora media.

Finalmente organiza um arquivo clinico modelar, arma indispensável para o controle da assistência prestada e para a formação médica.

Impunha uma disciplina no Serviço e nesta área era intolerante pois os doentes mereciam-lhe o maior respeito.

O segundo Director do Serviço, o Dr. Mateus Marques ensina no convívio do dia a dia. Profundamente exigente, mas humano na assistência aos doentes e na formação médica post-graduada, desperta em todos, com quem contacta a apetência para a discussão dos problemas da saúde. Estimulou a organização de Jornadas, de revistas pediátricas com o conseqüente aumento na produção de trabalhos médicos pelo serviço.

Na década de 80 cabe ao Dr. Mário Esteves prosseguir a obra realizada ao reorganizar a formação dos Internos, arrancar com a Pneumologia Infantil e dedicar-se a área das doenças metabólicas .

Embora a Pediatria passe por uma crise profunda, o Serviço 2 tem atravessado essa crise mantendo os princípios que o têm norteado:

“assegurar a melhor a assistência medica pediátrica possível, mas sempre atento aos custos, promover a formação post-graduada assente na pediatria geral, apoiar o ensino pre-graduado médico e de enfermagem através da disponibilidade do seu quadro de pessoal e praticar a investigação clínica com profundo respeito pelos doentes”.

**DA DIFERENCIAÇÃO A RELAÇÃO COM O COMUNIDADE - O HOSPITAL DE DONA ESTEFANIA E AS NOVAS TECNOLOGIAS - A PERSPECTIVA PEDIÁTRICA**

Judite. Batista, José Ferra Sousa

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

Congresso do Hospital Dona Estefânia – 125 Anos ao Serviço da Mulher e da Criança Lisboa, Outubro 2002 (Mesa Redonda)

Resumo:

A Medicina actual é dominada pelo impacto das novas tecnologias médicas e de informação, mas, a Medicina é uma arte e um ofício que requer uma longa e contínua aprendizagem. Em medicina a evolução/revolução científica e tecnológica processa-se a um ritmo tão rápido que é fácil a desactualização do médico. Porém, a melhoria da qualidade e o aumento da produtividade não dependem só das novas tecnologias. A qualidade dos recursos humanos e o modo como os profissionais se adaptam às mesmas e as aplicam são primordiais. Os hospitais são, motores de inovação tecnológica, referência para o progresso médico, local de investigação e de formação. Estamos em tempo de mudanças profundas e radicais. O Hospital de Dona Estefânia pela longevidade, dinâmica e objectivos tem passado por várias fases de conturbação, testemunhas de progresso tecnológico e diferenciação. O sucesso do passado não é garante de sucesso no futuro. O Hospital terá de melhorar tudo o que até agora fez e ser capaz de: inovar, manter-se atento e actualizado face às novas tecnologias, procurar modelos de organização mais eficientes, promover a re-educação de toda a estrutura, definir objectivos a curto e médio prazo, transformar-se numa organização inovadora e competitiva em que a qualidade da saúde “produzida” não é apenas avaliada por números, mas antes pelo grau de satisfação, educação transmitida, sofrimento evitado, erros prevenidos e decisões correctas. O Hospital de Dona Estefânia cresceu em diferenciação, em exigência e em responsabilidade, alargou o seu comprometimento com a comunidade: é uma Unidade Materno Infantil. É urgente que se renovem os princípios hipocráticos, se mantenham vivas as expectativas de cada um face à instituição e se aposte no rejuvenescimento dos quadros. Só assim, o HOSPITAL que celebramos, cumprirá o seu verdadeiro e actual desígnio: *ao serviço da promoção da saúde da mulher e da criança.*

## **UNIDADE DE NEFROLOGIA**

### **PÚRPURA DE HENOCH-SCHONLEIN: UM ENIGMA COM MAIS DE UM SÉCULO**

Gonçalo Cassiano Santos, Judite Batista, J Ferra de Sousa

Unidade de Nefrologia, \*\* Serviço 1 – Nefrologia Hospital de Dona Estefânia, Lisboa.

Actualidades Pediátricas 2002;5(1):27-8

**Resumo:** A Púrpura de Henoch-Schönlein (PSH) constitui uma das vasculites mais comuns em idade pediátrica. Pode afectar múltiplos órgãos e sistemas e define-se como uma vasculite sistémica e púrpúrica não trombocitopénica. A causa é desconhecida. O atingimento renal é referido em 20 a 50% dos doentes existindo o risco de evolução para insuficiência renal crónica. Até à data não existem protocolos de tratamento universalmente.

Os autores apresentam o caso de uma menina de 10 anos com PSH com proteinúria persistente, mais tarde nefrótica. A biópsia renal revelou uma nefropatia IgA grau II a III da classificação do ISKDC. Faz corticoterapia oral e pulsos endo-venosos. Oito meses depois a proteinúria era de 10mg/m<sup>2</sup>/h.

Compara-se ainda a evolução deste caso com outros 250 casos de PSH seguidos no hospital de Dona Estefânia e com 126 doentes seleccionados de uma casuística nacional. O risco de sequele tardias impõe um controlo prolongado no tempo.

### **CALCIFICAÇÃO RENAL E NEFROPASTIA IgA EM CRIANÇA COM HEMATÚRIA MACROSCÓPICA**

M. Correia \*, Isabel Castro \*\*

\*Serviço 2 – estágio de Nefrologia, \*\* Unidade de Nefrologia Hospital Dona Estefânia.

Reunião do Serviço 2  
Lisboa, Fevereiro de 2002  
IX jornadas de Pediatria do Centro Hospitalar de Cascais- comunicação livre  
Cascais, Março de 2002.  
Actualidades Pediátricas 2002; 3 :22-23

**Objectivo :** Apresenta-se um caso clínico paradigmático de que embora a hematuria macroscópica na criança seja mais frequentemente de causa não glomerular, é fundamental proceder ao seu diagnóstico diferencial.

**Caso clínico :** Trata-se de uma criança saudável com o primeiro episódio de hematuria macroscópica isolada aos 8 anos, detectando-se por ecografia a existência de calcificação no rim esquerdo. Durante os doze meses seguintes a criança manteve-se assintomática, altura em que surge novo episódio de hematuria macroscópica desta vez com insuficiência renal, o que justificou a realização de biópsia renal.

O exame histológico estabeleceu o diagnóstico de nefropatia IgA.

**Conclusão :** Está descrito que a hipercalciúria idiopática e a nefropatia IgA são as duas causas mais frequentes de hematuria macroscópica na criança. Sugere-se biópsia renal em todas as situações de hipercalciúria, em que haja discrepância entre o valor da calciúria e a magnitude ou recorrência da hematuria

**Palavras-chave :** Hematuria macroscópica .Calcificação renal. Nefropatia IgA

### **SINDROME DE TINU - UM CASO DE NEFRITE TUBULO-INTERSTICIAL E UVEÍTE**

Isabel Castro \*; Ana Paula Serrão \*; Gabriela Pereira\*\* e Sílvia Afonso\*\*

Unidade de Nefrologia, \*\* Serviço 1 – Nefrologia Hospital de Dona Estefânia, Lisboa.

Reunião Serviço 2 - II Jornadas Departamento Pediatria Médica Hospital D. Estefânia

Lisboa - 2000.

Actualidades Pediátricas 2002;2:28-30

**Objectivo :** Descreve-se um caso de nefrite intersticial e uveíte em que foi instituída terapêutica com corticoide e imunossupressor, com resolução completa das lesões.

**Caso clínico :** Os autores apresentam um rapaz de 9 anos de idade, com um quadro clínico de início súbito, caracterizado por astenia, adinamia, anorexia, emagrecimento, insuficiência renal moderada, anemia, glicosúria, microhematuria e proteinúria, ao qual se associou um mês mais tarde uveíte anterior bilateral. O estudo anatomopatológico do fragmento de biópsia renal revelou a existência de nefrite intersticial crónica. A associação de nefrite intersticial e uveíte constitui uma entidade clínica rara, de etiologia não esclarecida, denominada Síndrome de TINU (Tubulointerstitial nephritis and uveitis).

Faz corticoterapia tópica e sistémica com melhoria, mas sem remissão completa. Perante a situação clínica e considerando os sinais de gravidade da lesão renal (fibrose tubulo-intersticial extensa), decide-se iniciar clorambucil, que efectuou durante três meses, com desmame progressivo da corticoterapia durante esse período, com resolução completa de todas as alterações.

**Conclusão :** Neste doente consideramos ter ocorrido muito provavelmente resolução clínica completa, dada a inexistência de alterações renais e oculares nos três anos e meio de vigilância após suspensão da terapêutica.

**Palavras chave :** TINU, Nefrite intersticial aguda (NIA), Uveíte

### **SINDROMA NEFRÓTI CO CORTICORRESISTENTE**

Isabel Leal, Sara Ferreira, Alzira Silva, Ferra de Sousa

Unidade de Nefrologia do Hospital de Dona Estefânia. Lisboa

Acta Médica Portuguesa 2002: 315-318

**RESUMO:**

Os autores apresentam o caso clínico de uma criança de 18 meses, sexo masculino, raça branca internada na Unidade de Nefrologia com o diagnóstico de síndrome nefrótica -crise inaugural. Atendendo à idade, aos parâmetros bioquímicos e estudo imunológico negativo, admite-se síndrome nefrótica de lesões mínimas e inicia corticoterapia na dose de 60 mg/m<sup>2</sup>/dia.. Porque às seis semanas mantinha edema refractário e comportava-se como corticorresistente, efectuou-se biópsia renal que revelou glomerulonefrite membranosa com 60 com proliferação de crescentes e depósitos de IgG, IgA, IgM, C3, C4, C1q, a favor de doença imunológica proteinúria de base e sugestiva de nefropatia lúpica. O protocolo terapêutico foi revisto e iniciou terapêutica com seis ciclos mensais de ciclofosfamida endovenosa. A resposta clínica e laboratorial foi favorável a partir do quarto ciclo e está em remissão após os seis ciclos efectuados e seguimento em ambulatório de 14 meses.

**Palavras-chave:** Síndrome nefrótica corticorresistente, glomerulonefrite membranosa.

## ANTIBIOTICOTERAPIA EMPÍRICA NA INFECÇÃO URINÁRIA DA CRIANÇA

Secções de Nefrologia e Infecciologia Pediátrica

Carla Simão, Magda V Ribeiro, Arlete Neto

Unidade de Nefrologia, \*\* Serviço 1 – Nefrologia Hospital de Dona Estefânia, Lisboa.

Revista Portuguesa de Doenças Infecciosas 2002;1(2ª série):44-45

Acta Pediatr Port 2002;2:129-30

### Resumo:

Devem ser tratadas todas as infecções urinárias sintomáticas na criança e a bacteriúria assintomática nos casos de patologia nefro-urológica ou doença crónica que condicione maior susceptibilidade para infecções. O tratamento deve ser iniciado o mais precocemente possível, em todos os casos após a colheita de urina para urocultura. A antibioticoterapia é inicialmente instituída de forma empírica e logo que possível ajustada de acordo com o teste de sensibilidade aos antibióticos.

Os autores apresentam três propostas consoante a idade (recém-nascido, lactente >1 e ≤3 meses e lactente >3 meses e criança mais velha), com um tempo médio de duração de 10 dias. Quanto à profilaxia recomendam o trimetoprim em toma única.

## DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL DE UROPATIA MALFORMATIVA: DILEMAS NA ESTRATÉGIA DA INVESTIGAÇÃO PÓS-NATAL

Mónica Rebelo, Ana Paula Serrão, Gisela Neto, Margarida Abranches, Judite Batista

Unidade de Nefrologia Pediátrica - Hospital de Dona Estefânia

IX Jornadas de Pediatria do Hospital de Cascais. (Comunicação livre) Cascais, Maio de 2002

Reunião Serviço 2 e Reunião Unidade Cuidados Intensivos Neonatais – H. D. Estefânia

Lisboa, Maio de 2002

**Resumo: Introdução:** O estudo ecográfico do aparelho urinário fetal modificou a história natural da uropatia malformativa (UM) permitindo um diagnóstico precoce, controlo seriado e correcção cirúrgica atempada.

**Objectivo:** Conhecer a evolução pós-natal das uropatias fetais de acordo com as normas de investigação propostas por consenso nacional. Estudo preliminar.

**Doentes e Métodos:** De Setembro de 2001 a Março de 2002 observámos 31 crianças com diagnóstico pré-natal (DPN) de uropatia malformativa (UM). Valorizámos os seguintes parâmetros: informação clínica (Boletim de saúde individual, nota clínica, folha de registo nacional), quimioprofilaxia, sexo, idades do DPN de UM e da primeira ecografia pós-natal, alterações ecográficas encontradas e resultados de outros exames imagiológicos.

**Resultados:** Das 31 crianças observadas, 22 (70,9%) eram do sexo masculino, 25 (80,6%) foram referenciadas pelas maternidades, a média de idade do DPN foi de 27,96 semanas, com o diagnóstico de dilatação piélica uni ou bilateral em 21 casos (67,7%), iniciaram profilaxia ao nascer 24 crianças (77,4%). A

idade média da primeira ecografia pós-natal foi de 4,75 dias e da segunda 1,62 meses. Em 15 crianças (49,5%) foi efectuada cistografia, com idade média de 3,63 meses e apenas uma revelou refluxo vesico-ureteral. Têm diagnóstico definitivo 12 crianças (38,7%) e 16 (51,6%) encontram-se em estudo.

**Discussão e conclusões:** Os objectivos da investigação pós-natal são a preservação da função renal, permitir o crescimento renal, prevenir a infecção e a cicatriz renal e minimizar qualquer morbidade relacionada com técnicas cirúrgicas invasivas. O conhecimento da história natural das UM fetais permite uma abordagem conservadora na maioria dos casos: refluxo vesico-ureteral, hidronefrose funcional, megauretero primário, rim multiquístico e justifica um seguimento prolongado. Neste estudo, o período de seguimento curto, não permite ainda diagnósticos definitivos em todas as crianças. Como nota final: uma informação clínica detalhada do diagnóstico pré-natal é primordial para uma correcta estratégia de investigação no pós-natal.

### **E A MICÇÃO?! É OBRIGATÓRIO PERGUNTAR!...PINGA OU NÃO?**

Gisela Neto; Ana Paula Serrão; Judite Batista; J. Ferra de Sousa

Consulta de Nefrologia – Hospital de Dona Estefânia

1ª Reunião Internacional do Departamento Pediatria – H. Fernando Fonseca (Comunicação livre)

Amadora / Sintra, Março de 2002

**Resumo: Introdução:** As alterações da micção são motivo frequente de referência à consulta de nefrologia pediátrica, isoladamente ou associadas a outras queixas. O esclarecimento da etiologia é essencial quer pelo risco eventual de repercussão sobre o parênquima renal quer pelas importantes alterações que condicionam na rotina da criança e da Família.

**Objectivo:** Alertar para a necessidade de se acompanhar a evolução do controle de esfíncteres, desde o treino do asseio até à confirmação da sua total e adequada aquisição.

**Doentes:** Apresentam-se os casos clínicos de três crianças de 2 meses, 4 e 10 anos com alterações do seu ritmo miccional habitual. É abordado o percurso diagnóstico com especial relevo para a importância da anamnese, da selecção dos exames complementares de diagnóstico, sua interpretação e escolha da intervenção terapêutica.

**Discussão:** A função primária da bexiga é ter uma adequada capacidade de armazenamento e proporcionar um esvaziamento eficaz da urina. Esta função é controlada por processos fisiológicos, multifactoriais e complexos. Nestas três crianças, alterações desta função ocorreram em idades e de modo diferentes, condicionadas pelo grau de maturação neurológica e por alterações mecânicas do respectivo aparelho excretor. A atitude terapêutica foi adequada a cada caso e com as alterações necessárias à medida que se evoluía na recuperação ou aquisição de funções.

**Conclusões:** Os três casos de alteração da micção relatados, manifestaram-se em idades e de modo diverso, com evolução e repercussão também diferentes. O primeiro, diagnosticado na sequência da avaliação de diagnóstico pré-natal de dilatação pielo-calicial, provavelmente relacionado com uma “bexiga fetal”, hipercinética; O segundo, coincidindo com alterações do fôro gastroenterológico e de etiologia relacional, ambos com evolução satisfatória e resolução total. No 3º caso, de diagnóstico mais tardio, apesar da melhoria da qualidade de vida pessoal e social, não foi possível evitar ou reverter a repercussão sobre o parênquima renal.

### **DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL DE UROPATIA: IMPORTANCIA DO DESENVOLVIMENTO EMBRIOLÓGICO RENAL**

Mónica Rebelo, Ana Paula Serrão, Gisela Neto, Margarida Abranches, Judite Batista

Unidade de Nefrologia Pediátrica - Hospital de Dona Estefânia

IX Jornadas de Pediatria do Hospital de Cascais. (Comunicação livre)

Cascais, Maio de 2002

Reunião Serviço 2 e Reunião Unidade Cuidados Intensivos Neonatais – H. D. Estefânia

Lisboa, Maio de 2002

**Resumo:**

**Introdução:** O estudo ecográfico do aparelho urinário fetal modificou a história natural da uropatia malformativa (UM) permitindo um diagnóstico precoce, controlo seriado e correcção cirúrgica atempada.

**Objectivo:** Conhecer a evolução pós-natal das uropatias fetais de acordo com as normas de investigação propostas por consenso nacional. Estudo preliminar.

**Doentes e Métodos:** De Setembro de 2001 a Março de 2002 observámos 31 crianças com diagnóstico pré-natal (DPN) de uropatia malformativa (UM). Valorizámos os seguintes parâmetros: informação clínica (Boletim de saúde individual, nota clínica, folha de registo nacional), quimioprofilaxia, sexo, idades do DPN de UM e da primeira ecografia pós-natal, alterações ecográficas encontradas e resultados de outros exames imagiológicos.

**Resultados:** Das 31 crianças observadas, 22 (70,9%) eram do sexo masculino, 25 (80,6%) foram referenciadas pelas maternidades, a média de idade do DPN foi de 27,96 semanas, com o diagnóstico de dilatação piélica uni ou bilateral em 21 casos (67,7%), iniciaram profilaxia ao nascer 24 crianças (77,4%). A idade média da primeira ecografia pós-natal foi de 4,75 dias e da segunda 1,62 meses. Em 15 crianças (49,5%) foi efectuada cistografia, com idade média de 3,63 meses e apenas uma revelou refluxo vesico-ureteral. Têm diagnóstico definitivo 12 crianças (38,7%) e 16 (51,6%) encontram-se em estudo.

**Discussão e conclusões:** Os objectivos da investigação pós-natal são a preservação da função renal, permitir o crescimento renal, prevenir a infecção e a cicatriz renal e minimizar qualquer morbilidade relacionada com técnicas cirúrgicas invasivas. O conhecimento da história natural das UM fetais permite uma abordagem conservadora na maioria dos casos: refluxo vesico-ureteral, hidronefrose funcional, megauretero primário, rim multiquístico e justifica um seguimento prolongado. Neste estudo, o período de seguimento curto, não permite ainda diagnósticos definitivos em todas as crianças. Como nota final: uma informação clínica detalhada do diagnóstico pré-natal é primordial para uma correcta estratégia de investigação no pós-natal.

## **CALCIFICAÇÃO RENAL E NEFROPATIA IGA EM CRIANÇA COM HEMATÚRIA MACROSCÓPICA**

Mário Correia, Isabel Castro

Unidade de Nefrologia, \*\* Serviço 1 – Nefrologia Hospital de Dona Estefânia, Lisboa.

Actualidades Pediátricas 2002;5(1):23-24

**Resumo:** Os autores descrevem o caso clínico de uma criança com o primeiro episódio hematuria macroscópica isolada, na qual foi detectada por ecografia a presença de calcificações no rim esquerdo. Nos doze meses seguintes a criança manteve-se assintomática ao fim dos quais tem novo episódio de hematuria macroscópica com insuficiência renal, que justificou realização de biópsia renal. O exame histológico estabeleceu o diagnóstico de nefropatia IgA.

## **INDICAÇÕES PARA TERAPÊUTICA DE SUBSTITUIÇÃO NA INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA**

Gisela Neto

Unidade de Nefrologia - Hospital de Dona Estefânia

XVI Reunião anual de Nefrologia Pediátrica – SPP (mesa redonda - Insuficiência renal aguda)

Costa da Caparica, Novembro de 2002

**Resumo:** A insuficiência renal aguda deve, sempre que possível, ser prevista e evitada. No entanto, em algumas situações clínicas é impossível evitar o seu aparecimento e, uma vez instalada, controlá-la apenas com terapêutica conservadora.

São apresentadas em pormenor as indicações e o momento para início de substituição da função renal, qual a modalidade a escolher e quais os factores que a determinam. São comparadas as vantagens e desvantagens de cada técnica de acordo com a causa subjacente à insuficiência renal aguda. É realçada a necessidade da manutenção de todas as medidas e terapêuticas conservadoras de modo a recuperar a função renal.

## **DOENÇA CRÓNICA – EXPERIÊNCIA DA UNIDADE DE NEFROLOGIA**

Margarida Abranches, J. Ferra de Sousa

Unidade de Nefrologia - Hospital de Dona Estefânia

Congresso do Hospital Dona Estefânia -125 Anos na Saúde da Mulher e da Criança

Mesa Redonda sobre “Gestão da Doença Crónica”.

Lisboa, 16 a 18 de Outubro de 2002

### **Resumo:**

A doença nefrourológica é frequente em Pediatria. A concentração de casos do mesmo tipo de patologia numa unidade vai permitir adquirir experiência no seu tratamento e, ao mesmo tempo, rentabilizar os recursos técnicos e humanos disponíveis e implementar novas modalidades diagnósticas e terapêuticas.

Há quarenta anos não havia opções terapêuticas para as crianças com insuficiência renal terminal. Os avanços na tecnologia, imunologia e farmacologia transformaram a diálise e a transplantação renal em opções terapêuticas válidas em pediatria e a insuficiência renal, neste grupo etário, já não é invariavelmente fatal.

A sobrevivência das crianças em hemodiálise hospitalar e das transplantadas é significativamente melhor em unidades pediátricas especializadas. No entanto, a baixa incidência da insuficiência renal terminal na criança obriga à necessidade de concentrar doentes para não dispersar conhecimentos e experiências. As particularidades da doença crónica renal e a complexidade da sua abordagem justificam a actuação de uma equipa multidisciplinar com características técnicas e humanas muito particulares. A especialização técnica e a actualização científica são essenciais; a disponibilidade, a dedicação e a sensibilidade à doença e suas implicações não o são menos.

Só se pode compreender a gestão da doença renal crónica partindo da sua dimensão fisiopatológica e psicológica, porque o nível de especialização técnica exigido e o grau de humanização e empatia requeridos são uma componente essencial para a recuperação do doente. Não se deveriam fazer cálculos relativos apenas à receita ou despesa paciente/dia mas também ao grau de satisfação pessoal da criança e da família pelos serviços recebidos. É nele que uma unidade ou um hospital pode encontrar a sua identidade, a sua força; é com autenticidade que pode conquistar a confiança e o respeito, impondo-se pela ética, visão, rigor científico e responsabilidade social.

## **INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA -EXPERIENCIA DE 16 ANOS (1986-2001) DA UNIDADE DE NEFROLOGIA DO HOSPITAL DE DONA ESTEFANIA**

Isabel Castro

Unidade de Nefrologia - Hospital de Dona Estefânia

Reunião do Serviço 2 - Lisboa – Janeiro de 2002

Congresso do Hospital de Dona Estefânia-125 anos ao serviço da Mulher e da Criança

Lisboa - 16 a 18 de Outubro de 2002

(Entregue para publicação na Revista Portuguesa de Nefrologia e Hipertensão)

**Objectivo:** Avaliação retrospectiva da evolução, tratamento e situação actual dos doentes com Insuficiência Renal Crónica, da Unidade de Nefrologia do Hospital de Dona Estefânia, durante os últimos dezasseis anos.

**Resultados:** Entre Janeiro 1986 e Dezembro de 2001 foram seguidos na nossa Unidade 100 doentes com Insuficiência Renal Crónica (M:F = 54:46; idade  $\geq 0 \leq 15$  anos), sendo a idade da sua detecção, inferior aos dois anos em 35% dos casos.

Cinquenta e nove doentes (59%) atingiram a fase de Insuficiência Renal Terminal no decurso destes 16 anos, tendo sido transplantados 41 (69,5%), encontrando-se no final do estudo 12 (20,3%) doentes em hemodiálise, três (5,1%) em diálise peritoneal e um em preparação para indução de diálise peritoneal. Registaram-se cinco óbitos, dois dos quais ocorreram após transplantação renal.

Durante o período em estudo a Hemodiálise foi a primeira forma de terapêutica de substituição da função renal em 33 casos (55,9%) dos doentes que atingiram a insuficiência renal terminal. Contudo a diálise peritoneal, instituída em 24 doentes (42,1%) foi a primeira escolha em 10 (

100%) das crianças com menos de seis anos , submetidas a terapêutica de substituição da função renal. Dos 41 doentes transplantados registaram-se dois óbitos e oito rejeições, com necessidade de instituição de hemodiálise em dois casos , de diálise peritoneal noutra e de duas retransplantações.

**Conclusões:** A insuficiência renal crónica representou, nestes 16 anos, 1.81% do total de doentes seguidos na nossa consulta. Apesar do pequeno valor percentual, o número absoluto é grande se pensarmos na repercussão no Doente e na Família e nos meios de diagnóstico e terapêutica necessários à promoção de uma qualidade de vida aceitável.

**Palavras Chave:** diálise peritoneal; hemodiálise; insuficiência renal crónica; Insuficiência renal terminal; transplante renal; nefrologia pediátrica.

### **MAIS UM CASO DE "ENURESE"**

Vera Brites, Gisela Neto, Ana Paula Serrão, Arlete Neto, Judite Baptista

Unidade de Nefrologia - Hospital de Dona Estefânia

IX Jornadas de Pediatria do Hospital de Cascais (Comunicação livre)

Cascais, Maio 2002

**Introdução:** A enurese é uma das situações pediátricas mais comuns. Multifactorial quanto à sua etiologia, atribui-se-lhe frequentemente uma causa psicológica, só admissível após exclusão de causa orgânica funcional.

**Objectivo:** Alertar para a importância do padrão miccional diurno na abordagem da enurese.

Doente: Jovem saudável de 11 anos, com controlo de esfíncteres precoce e um ritmo miccional considerado normal, que refere desde os 9 anos perdas urinárias nocturnas. Pelos antecedentes pessoais e familiares foi-lhe atribuída uma causa psicológica. Não obstante ter iniciado acompanhamento psicológico adequado, a enurese manteve-se e agravou-se com perdas diurnas e encoprese. É então pedida orientação nefro-urológica que revelou disfunção vesical grave, ureterohidronefrose com refluxo vesico-ureteral grau V bilateral e lesões corticais renais. Após instituição de terapêutica farmacológica e de reeducação vesico-esfíncteriana houve melhoria do padrão miccional e desaparecimento do refluxo vesico ureteral.

**Discussão:** Perante uma enurese nocturna é obrigatório eliminar as causas orgânicas e pesquisar exaustivamente a existência de disfunção miccional diurna. A história clínica cuidada e pormenorizada apoiada no exame objectivo, análise sumária de urina, urocultura e ecografia reno-vesical constituem os pilares do diagnóstico.

**Conclusão:** Na abordagem da enurese é importante distinguir as causas orgânicas que requerem intervenção específica. A importância deste facto é tanto maior quanto mais tardio for o diagnóstico, podendo condicionar alterações irreversíveis sobre o parênquima renal, como no caso deste doente, com risco de progressão para insuficiência renal crónica.

### **MULTICYSTIC DYSPLASTIC KIDNEY: THE INFLUENCE OF VESICoureTERAL REFLUX ON CONTRALATERAL RENAL LENGTH.**

Abranches M, Neto G, Batista J

Pediatric Nephrology Unit. Dona Estefania Hospital. Lisbon. Portugal

36th Annual Meeting of the European Society of Paediatric Nephrology

Bilbao. Spain. September 20-23, 2002. Poster

**Objective** To determine the impact of vesicoureteral reflux (VUR) on renal length of the contralateral kidney in infants with unilateral multicystic dysplastic kidney (MCDK). Preliminary study.

**Material and Methods** Thirty-two infants (19 boys; 13 girls) with a prenatal diagnosis of MCKD were enrolled in this study from 1990 to 2000. Postnatally the diagnosis of MCDK was confirmed based on characteristic imaging findings in renal ultrasonography (RUS) with no function at scintigraphy. Mean age at diagnosis was 5.38 months (range 0.4-30 months) and mean follow-up was 3.8 years (range 0.5– 10.0 years). Patients underwent radionuclide renal imaging and contrast voiding cystography. Serial RUS were used to

obtain measurements of the contralateral kidneys. None had contralateral hydronephrosis or cysts. Blood pressure measurements, serum creatinine levels and microalbuminuria were calculated. Episodes of urinary tract infection were recorded. An age-corrected z-score for contralateral renal length, at RUS in last follow-up, was calculated in each patient on published standards.

**Results** Five patients (16.6%) had VUR in the contralateral kidney. Refluxing kidneys had mean renal length 85.3 cm, median 85.0 cm; z-score: mean 1.07, median 1.56 and nonrefluxing kidneys had mean renal length 84.6 cm, median 86 cm; z-score: mean 1.46, median 1.5. Renal length of refluxing and nonrefluxing kidneys were not significantly different ( $P>0.10$ ). No child has developed hypertension, impaired renal function or proteinuria. Two children without VUR had urinary tract infections and no scarring of the normal hypertrophied kidney.

**Conclusion** In cases of MCDK the coexistence of VUR might have no inhibitory influence on the growth of solitary kidneys.

## **DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL DE UROPATIA MALFORMATIVA: DILEMAS NA ESTRATÉGIA DA INVESTIGAÇÃO PÓS-NATAL**

Mónica Rebelo, Ana Paula Serrão, Gisela Neto, Margarida Abranches, Judite Batista

Unidade de Nefrologia Pediátrica - Hospital de Dona Estefânia

IX Jornadas de Pediatria do Hospital de Cascais. (Comunicação livre)

Cascais, Maio de 2002

Reunião Serviço 2 e Reunião Unidade Cuidados Intensivos Neonatais – H. D. Estefânia

Lisboa, Maio de 2002

### **Resumo:**

**Introdução:** O estudo ecográfico do aparelho urinário fetal modificou a história natural da uropatia malformativa (UM) permitindo um diagnóstico precoce, controlo seriado e correção cirúrgica atempada.

**Objectivo:** Conhecer a evolução pós-natal das uropatias fetais de acordo com as normas de investigação propostas por consenso nacional. Estudo preliminar.

**Doentes e Métodos:** De Setembro de 2001 a Março de 2002 observámos 31 crianças com diagnóstico pré-natal (DPN) de uropatia malformativa (UM). Valorizámos os seguintes parâmetros: informação clínica (Boletim de saúde individual, nota clínica, folha de registo nacional), quimioprofilaxia, sexo, idades do DPN de UM e da primeira ecografia pós-natal, alterações ecográficas encontradas e resultados de outros exames imagiológicos.

**Resultados:** Das 31 crianças observadas, 22 (70,9%) eram do sexo masculino, 25 (80,6%) foram referenciadas pelas maternidades, a média de idade do DPN foi de 27,96 semanas, com o diagnóstico de dilatação piélica uni ou bilateral em 21 casos (67,7%), iniciaram profilaxia ao nascer 24 crianças (77,4%). A idade média da primeira ecografia pós-natal foi de 4,75 dias e da segunda 1,62 meses. Em 15 crianças (49,5%) foi efectuada cistografia, com idade média de 3,63 meses e apenas uma revelou refluxo vesico-ureteral. Têm diagnóstico definitivo 12 crianças (38,7%) e 16 (51,6%) encontram-se em estudo.

**Discussão e conclusões:** Os objectivos da investigação pós-natal são a preservação da função renal, permitir o crescimento renal, prevenir a infecção e a cicatriz renal e minimizar qualquer morbidade relacionada com técnicas cirúrgicas invasivas. O conhecimento da história natural das UM fetais permite uma abordagem conservadora na maioria dos casos: refluxo vesico-ureteral, hidronefrose funcional, megauretero primário, rim multiquístico e justifica um seguimento prolongado. Neste estudo, o período de seguimento curto, não permite ainda diagnósticos definitivos em todas as crianças. Como nota final: uma informação clínica detalhada do diagnóstico pré-natal é primordial para uma correcta estratégia de investigação no pós-natal.

## **O ESTUDO URODINÂMICO NO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA, NA PERSPECTIVA PEDIÁTRICA**

Judite Batista, Margarida Abranches, J Ferra de Sousa

Hospital de Dona Estefânia, Serviço 2, Unidade de Nefrologia

Congresso do Hospital de Dona Estefânia – 125 Anos ao Serviço da Mulher e da Criança,

Lisboa, 16 a 18 de Outubro de 2002 (Poster)

**Resumo:**

**Introdução:** O estudo urodinâmico é um exame de rotina na avaliação inicial e sequencial da bexiga neurogênea e constitui a chave para a compreensão do mecanismo fisiopatológico das disfunções vesicais de outras patologias. O controlo neurológico do aparelho vesico-esfincteriano permite assegurar a continência e micções fáceis. A bexiga tem duas funções complementares, em alternância: enchimento e esvaziamento. A coordenação entre estas duas funções depende da integridade das vias e dos centros nervosos autonómicos e somáticos envolvidos. Se o equilíbrio entre aquelas funções se rompe surgem alterações da micção que podem ser de origem: neurológica, anatómica e funcional. A exploração urodinâmica convencional compreende uma **fluxometria** (características do fluxo urinário), uma **cistomanometria** (estudo do comportamento do detrusor e das pressões na fase de enchimento vesical) e uma **perfilometria** (pressões uretrais). Embora técnica, equipamento e parâmetros avaliados sejam os de um estudo no adulto, na criança há que ter em conta condições particulares de realização.

**Doentes e métodos:** Análise retrospectiva dos estudos urodinâmicos realizados de Julho 1995 a Julho de 2002: idade e sexo do doente, origem, diagnóstico, exame efectuado.

**Resultados:** Nos sete anos de urodinâmica pediátrica no Hospital de Dona Estefânia, estudaram-se 352 doentes, idades compreendidas entre três meses e 17 anos, 179 eram rapazes e 163 raparigas, 98 foram enviados pelo NSB, 118 pela Urologia, 78 pela Nefrologia, 25 pela Neurologia, Hospitais Distritais 17, 16 vieram de: Cirurgia, Pediatria Médica e Fisiatria. Nos diagnósticos de admissão registaram-se 107 casos de mielomeningocele, 41 de refluxo vesico-ureteral, 62 de incontinência urinária funcional. No conjunto representaram 60% dos diagnósticos. Em geral cada doente foi avaliado mais de uma vez, o que perfaz um total de 639 doentes estudados até 31/7/2002, com 1317 exames realizados: 220 fluxometrias, 592 cistomanometrias e 505 perfilometrias.

**Conclusões:** O estudo urodinâmico constituiu um elemento importante na compreensão do mecanismo fisiopatológico e orientação terapêutica.

**Prémio de Mérito Científico para o melhor Poster – área médica****Congresso do Hospital de Dona Estefânia – 125 Anos ao Serviço da Mulher e da Criança****INFECÇÃO URINÁRIA NA 1ª INFÂNCIA: ASPECTOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS**

Sonia Pimentel, Antonio Figueiredo, Marques L, Mário Correia, Luís Varandas, j. Ferra de Sousa  
Serviço 2 Sala 1, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa  
Congresso do Hospital Dona Estefânia - 125 na Saúde da Mulher e da Criança  
Lisboa, 16-18 de Outubro de 2002

**Resumo:**

**Introdução:** O tracto urinário é um local frequente de infecção em lactentes e crianças pequenas cuja gravidade está dependente não só da morbilidade aguda como de sequelas tardias como consequência de lesão renal. O objectivo deste trabalho foi estudar algumas características clínicas e laboratoriais de infecção urinária e possíveis factores de risco associados.

**População e métodos:** Foram incluídas crianças com idade mais de um mês de idade e menos de 2 anos, internadas neste serviço de Janeiro de 1998 a Abril de 2002 com o diagnóstico de infecção urinária. Colheram-se dados retrospectivamente a partir de processos em arquivo e paralelamente, de forma prospectiva mediante o preenchimento de um questionário. Escolheu-se como população de controlo as crianças internadas no mesmo serviço no mesmo período de tempo com outros diagnósticos. Valorizaram-se dados epidemiológicos (idade, sexo), possíveis factores de risco (amamentação materna e duração, obstipação, prestador de cuidados e conviventes, antibioterapia nos três meses anteriores), dados clínicos (irritabilidade, sensação de doença, gemido, febre, vômito, diarreia ou outros), dados laboratoriais (hemoglobina, hematócrito, leucograma, proteína C reactiva, ureia, creatinina, urina II e sedimento urinário). O tratamento estatístico dos resultados foi realizado pelo programa SPSS 10.0 *for Windows*. **Resultados:** Participaram no estudo 177 crianças, das quais 128 tinham o diagnóstico de infecção urinária (ITU) e 49

foram incluídas no grupo de controlo. A média de idades foi de 7,2 meses (dp 6,12) sendo mais de metade dos casos do sexo masculino (55%). As variáveis clínicas associadas a infecção urinária foram amamentação materna superior a um mês ( $p<0,05$ ), sensação de doença ( $p<0,05$ ), irritabilidade ( $p<0,001$ ), gemido ( $p<0,001$ ), febre ( $p<0,001$ ) e vômitos ( $p<0,001$ ), diarreia ( $p<0,05$ ). As crianças com infecção urinária apresentaram valores mais baixos de hemoglobina ( $p<0,05$ ), valores mais elevados de leucócitos ( $p<0,05$ ), proteína C reactiva ( $p<0,001$ ) e ureia ( $p<0,001$ ), alterações mais frequentes da urina de tipo II (leucosterase superior a 0,  $p<0,001$ , nitritos positivos,  $p<0,01$ ) e do sedimento urinário (alguns/muitos piócitos/leucócitos,  $p<0,001$ ).

**Conclusões:** A suspeita clínica de doença infecciosa bacteriana sem localização aparente é o ponto chave do diagnóstico de infecção urinária neste grupo etário. Os exames laboratoriais, sobretudo os microbiológicos, são habitualmente confirmatórios.

## SALA 1 -PEDIATRIA GERAL

### **BONQUIOLITE AGUDA: ASPECTOS CLÍNICOS E TERAPÊUTICOS NO HOSPITAL DE DONA ESTEFANIA**

Sonia Pimentel, R. Rosa, Luís Varandas, J. Ferra de Sousa

Serviço 2 sala 1, Hospital de D. Estefânia, Lisboa.

Congresso do Hospital Dona Estefânia - 125 na Saúde da Mulher e da Criança

Lisboa, 16-18 de Outubro de 2002

**Introdução:** A bronquiolite é uma infecção aguda dos pequenos brônquios e bronquíolos em crianças com menos de 2 anos e cujas manifestações clínicas são de tipo obstrutivo. Ao longo dos anos parece ter ocorrido um aumento significativo da prevalência desta patologia, o que se repercutiu num aumento de internamentos nas crianças com menos de um ano. Este trabalho teve como objectivo a caracterização de casos de bronquiolite de um serviço de 1ª infância do Hospital de D. Estefânia.

**População e métodos:** Foram incluídas crianças internadas neste serviço entre 01/01/2000 e 31/03/2002 cujo diagnóstico final foi de bronquiolite aguda. Procedeu-se à consulta de processos clínicos em arquivo, valorizando-se parâmetros epidemiológicos (idade, sexo, proveniência), clínicos (duração do internamento, temperatura axilar, tiragem, frequência respiratória, aumento do tempo expiratório, sibilos, fervores, cianose, saturação de oxigénio, antecedentes familiares de atopia, antecedentes pessoais, aleitamento materno), laboratoriais (isolamento de antigénios virais, leucograma, proteína C reactiva), terapêuticos (corticoterapia, aminofilina e antibioterapia) e evolutivos (complicações, intercorrências e destino após a alta).

**Resultados:** No período correspondente ao estudo houve um total de 181 internamentos por bronquiolite, dos quais 19 corresponderam a reinternamentos. A mediana da duração do internamento foi de 9 dias e a moda de 7 dias. Cerca de 75% da população tinha menos de 6 meses de idade, com um predomínio evidente do sexo masculino (62%). A maioria das crianças foi internada directamente a partir do SU (86%). Nas primeiras 48 horas de internamento eram evidente na maioria das crianças sinais de dificuldade respiratória e em menos de metade ocorreu febre (46%). Verificou-se que cerca de metade das crianças tinha familiares com atopia (44%) e que cerca de metade (48%) tinha história de patologia prévia. Das crianças estudadas metade tinha feito aleitamento materno durante mais de um mês. Relativamente aos agentes isolados encontrou-se VSR em 32% dos casos. Em relação aos parâmetros laboratoriais, o número de leucócitos e neutrófilos não apresentaram alterações em 72% e 62% dos casos, respectivamente. A proteína C reactiva foi positiva em 63% dos casos mas só em 12% foi superior a 5 mg/dL. 79% das crianças realizou corticoterapia, 65% fez antibioterapia, e apenas 13% necessitou de aminofilina e/ou diprofilina. As complicações foram pouco frequentes (30%, sendo as mais frequentes a atelectasia e a pneumonia), assim como as doenças intercorrentes (16%) e coexistentes (34%, sendo as mais frequentes a otite média e a gastroenterite agudas). 80% das crianças tiveram uma boa evolução clínica tendo sido referenciadas ao seu médico assistente. **Conclusões:** Apesar da sua evolução relativamente benigna, a bronquiolite é uma patologia com um peso importante na dinâmica hospitalar. É necessário organizar os serviços em ambulatório e conhecer melhor os mecanismos de prevenção de doença de modo a racionalizar os meios humanos e económicos disponíveis.

## AGENTES E SENSIBILIDADE À ANTIBIOTERAPIA NA INFECÇÃO URINÁRIA NA PRIMEIRA INFÂNCIA

Sónia Pimentel, Marques L, Antonio Figueiredo, Mário Correia, Luís Varandas, J. Ferra Sousa  
Serviço 2 Sala 1, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa  
Congresso do Hospital Dona Estefânia - 125 na Saúde da Mulher e da Criança  
Lisboa, 16-18 de Outubro de 2002

**Introdução:** A patogénese das infecções do tracto urinário é habitualmente ascendente e causada por agentes do cólon, embora no período neonatal a infecção seja habitualmente secundária a bacteriémia. A antibioterapia de largo espectro é a terapêutica apropriada na suspeita de infecção urinária alta. O objectivo deste trabalho foi estudar os agentes etiológicos de infecção urinária e respectivas sensibilidades à terapêutica antibiótica em doentes de primeira infância.

**População e métodos:** Foram incluídas neste estudo crianças com 2 anos ou menos, internadas neste serviço no período de Janeiro de 1998 a Abril de 2002 com o diagnóstico de infecção urinária. O estudo teve uma fase retrospectiva (consulta de processos em arquivo) e prospectiva (preenchimento de questionário) em que se colheram dados relativos aos agentes microbiológicos de infecção urinária e respectivos testes de sensibilidade à antibioterapia. O tratamento estatístico dos resultados foi descritivo e realizado pelo programa SPSS 10.0 for Windows.

**Resultados:** Participaram neste estudo 156 crianças com mediana de idades de 4 meses (p25-1 mês, p75- 9 meses), sendo mais de metade dos casos do sexo masculino (56,6%). Em relação aos agentes isolados verificou-se que a maioria correspondia a *Escherichia coli* (74,7%), encontrando-se *Proteus mirabilis* em 14 casos (9,1%), *Klebsiella oxytoca* em 13 casos (8,4%), *Pseudomonas aeruginosa* em 8 casos (5,2%), sendo ocasionais o *Enterobacter* (2 casos), *Morganella morganii* (1 caso) e *Enterococcus* (1 caso). Relativamente ao perfil de sensibilidade à antibioterapia, verificou-se que no conjunto dos agentes, para a associação amoxicilina e ácido clavulânico os agentes eram sensíveis em 106 casos (74,1%), com sensibilidade intermédia em 16 casos (11,2%) e resistência em 21 (14,7%). Para a gentamicina os agentes eram sensíveis em 137 casos (93,8%), com sensibilidade intermédia em 1 caso (0,7%) e com resistência em 8 casos (5,5%). Para a associação trimetoprim-sulfametoxazol os agentes eram sensíveis em 91 casos (67,7%) e resistentes em 42 (31%). Para a ampicilina os agentes eram resistentes em 81 casos (58,7%). A sensibilidade para a associação de amoxicilina-acido clavulânico com gentamicina ocorreu em 144 casos (96%).

**Conclusões:** Face ao perfil de resistência encontrado, a terapêutica empírica das infecções urinárias pode ser a associação de amoxicilina-ácido clavulânico e gentamicina ou, em alternativa, a gentamicina isolada.

## ESTUDO IMAGIOLÓGICO NA PRIMEIRA INFECÇÃO URINÁRIA DO LACTENTE

Sónia Pimentel, Mário Correia, Antonio Figueiredo, Marques L, Luís Varandas, J. Ferra de Sousa  
Serviço 2 Sala 1, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa  
Congresso do Hospital Dona Estefânia - 125 na Saúde da Mulher e da Criança  
Lisboa, 16-18 de Outubro de 2002

**Introdução:** Na infecção urinária na criança, o estudo imagiológico é importante na sua confirmação e na pesquisa de lesão renal sequelar, sendo ainda indispensável na exclusão de anomalia anatómica que favoreça a recorrência e lesão renal progressiva. O objectivo deste trabalho foi avaliar as alterações imagiológicas em doentes na primeira infância com infecção urinária.

**População e métodos:** Foram incluídas neste estudo crianças com 2 anos ou menos, internadas neste serviço no período de Janeiro de 1998 a Abril de 2002 com o diagnóstico de infecção urinária. O estudo teve uma fase retrospectiva (consulta de processos em arquivo) e prospectiva (preenchimento de um questionário) em que se colheram dados relativos à realização de ecografia renal e vesical (à entrada e de controlo) e ecografia doppler renal, cintigrafia renal com DMSA (à entrada e de controlo) e cistografia.

**Resultados:** Participaram neste estudo 156 crianças com mediana de idades de 4 meses (p25 -1mês, p75 9 meses), sendo 56,6% das crianças do sexo masculino. A ecografia renal e vesical à entrada estava alterada

em menos de metade dos casos (46,3%) (sendo as alterações mais frequentes a dilatação dos bacinetes e a diminuição de diferenciação corticomedular). A cintigrafia renal com DMSA apresentava alterações à entrada em 42,7% das crianças. A cistografia apresentou refluxo vesico-ureteral em 24,5% das crianças. No eco-doppler, efectuado em 10 casos, encontraram-se alterações apenas numa criança

**Conclusões:** As alterações imagiológicas foram frequentes nas crianças estudadas. A realização destes exames é importante para guiar as decisões terapêuticas e de seguimento com o objectivo de prolongar a sobrevida renal.

## **MALFORMAÇÕES CONGÉNITAS DAS VIAS AÉREAS – DOIS EXEMPLOS**

Ana M Pita\*, Isabel Fernandes\*, J. Oliveira Santos\*\*, Silvía Sequeira\*, Felisberta Barrocas\*

\* Serviço 2 Sala 1 e \*\* Unidade de Broncologia do Hospital de D. Estefânia

III Reunião de Broncologia Pediátrica

Lisboa, Novembro de 2002 (comunicação livre).

### **Resumo:**

**Introdução:** As situações infecciosas do aparelho respiratório constituem o quotidiano do pediatra. Contudo, a nossa experiência numa enfermaria de primeira infância tem demonstrado que, muitas vezes, as infecções respiratórias camuflam diversas situações malformativas coexistentes. A infecção constituiria um ponto de partida para o início das manifestações clínicas ou para um agravamento de sintomatologia crónica pré-existente.

**Caso Clínico:** Apresentamos os casos clínicos de dois lactentes com 10 e 5 meses de idade internados respectivamente com o diagnóstico de laringotraqueobronquite e bronquiolite. A sintomatologia atípica e a evolução da situação determinou em ambos a realização de exames complementares de diagnóstico que permitiram diagnosticar um hemangioma subglótico, no primeiro caso e um quisto broncogénico infracarinário, no segundo. Descrevemos igualmente a terapêutica e evolução dos dois casos.

**Conclusões:** Recordamos a necessidade de considerar a possibilidade da existência de uma malformação das vias aéreas ou estruturas adjacentes sempre que a sintomatologia seja atípica, persistente ou recorrente.

## **SALA 2 -PEDIATRIA GERAL**

### **CASUÍSTICA DA CONSULTA DE FIBROSE QUÍSTICA**

A Maia Pita, J Cavaco, A Curvelo

Serviço 2 Sala 2, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

Congresso do Hospital de Dona Estefânia - 125 Anos na Saúde da Mulher e da Criança

Lisboa – 16 a 18 de Outubro de 2002 (Sessão Temática)

**Introdução:** A Fibrose Quística (FQ) é uma doença crónica, autossómica recessiva, com uma incidência de 1:2000 a 1:3000 na Europa. O gene da FQ tem múltiplas mutações, sendo a  $\Delta F508$  a mais frequente. A proteína codificada por este gene é o regulador de condutância transmembranar da FQ (CFTR) e o seu funcionamento anómalo tem múltiplas implicações em vários órgãos e sistemas do organismo.

**Material e Métodos:** Revisão dos processos em arquivo dos doentes com FQ seguidos na Consulta de FQ do Hospital de D. Estefânia, entre 1981 e 2002.

**Resultados:** Num total de 44 doentes, 32 encontram-se vivos, 11 falecidos e 1 abandonou a consulta. Todos os doentes são de raça branca e 22 (50%) são de sexo feminino. Dos doentes vivos, 19 são actualmente vigiados na consulta, 13 são seguidos noutras centros (9 no Centro Regional dos Açores, 3 na Consulta de Pneumologia do Hospital de Santa Marta e 1 na Consulta de FQ do Hospital de Santa Maria) e 1 abandonou a consulta. A idade de início da sintomatologia foi na maioria abaixo dos seis meses (30 doentes) e a idade média de diagnóstico foi de 4.1 anos (1 mês a 18 anos). A prova de suor foi efectuada em 41 casos, sendo normal em 1 doente; *border-line* em 1 doente e  $>80$  na maioria dos casos (27 doentes - 66%). Dezanove dos doentes (43%) são homozigóticos para a mutação  $\Delta F508$ ; 13 casos (30%) têm a mutação  $\Delta F508$  associada a outra mutação; 7 casos (16%) têm outras mutações; e em 5 casos (11%) não foi efectuado estudo

genético. Os sintomas reveladores foram predominantemente respiratórios (23 doentes), seguidos da esteatorreia (16 doentes), da má progressão ponderal (10 casos) e ileos meconial (9 casos), com diversas associações destes sintomas. Os sintomas dominantes são essencialmente respiratórios inferiores (33 casos – 75%) e digestivos (32 casos – 73%), com 11 casos de sinusopatia (25%). Os 11 óbitos ocorreram antes do ano 1996, com uma idade média de falecimento de 10,9 anos (2 anos e 8 meses a 23 anos), sendo esta de 5,6 anos antes de 1991 e de 13,8 anos após 1991.

Em relação à população actualmente seguida na consulta (19 doentes), foram analisadas algumas particularidades. A insuficiência pancreática é grave em 6 casos (32%), moderada em 7 casos (36%), ligeira em 3 casos (16%) e ausente em 3 casos (16%). O índice nutricional é normal em 17 doentes, enquadrando-se uma doente em baixo peso e um doente em mal-nutrição ligeira. As provas de função respiratória, efectuadas em 13 doentes, mostraram CVF >70% em todos os casos. Em relação à colonização das vias aéreas, 17 doentes (89%) estão colonizados por *Staphylococcus aureus* e *Haemophilus influenzae*; 16 doentes (84%) já tiveram algum isolamento de *Pseudomonas aeruginosa*; 7 doentes (37%) de *Burkholderia cepacea* e 4 (21%), de *Aspergillus fumigatus*. Em dois casos nunca se isolaram agentes.

**Conclusões:** A FQ condiciona morbilidade importante, mas nos últimos anos verificou-se uma melhoria franca da qualidade de vida e diminuição marcada da mortalidade destes doentes, graças à optimização do seu acompanhamento e terapêutica.

## **INFECÇÃO NOSOCOMIAL EM PEDIATRIA – INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS**

Fátima Nunes, Sara Reis

Serviço 2 de Pediatria Médica - Hospital de Dona Estefânia

Congresso do Hospital de Dona Estefânia – 125 Anos na Saúde da Mulher e da Criança

Lisboa, 16 a 18 de Novembro de 2002 (Mesa Redonda-Control de Infecção na Pediatria)

**Objectivo:** Debate-se a importância da atitude preventiva no controle de infecção nosocomial.

**Mesa redonda:** A Infecção Respiratória Nosocomial é uma importante causa de mortalidade e morbilidade em doentes pediátricos nomeadamente, prematuros, situações clínicas graves admitidas em Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, queimados, pós-cirúrgicos, doentes crónicos e imunodeprimidos.

Está associada a um prolongamento de internamento para realização de exames complementares de diagnóstico e instituição de antibioticoterapia, procedimentos por vezes desnecessários e que se traduzem num acréscimo de custos humanos e financeiros.

A pneumonia é a infecção nosocomial respiratória mais frequente, com incidência entre 16% a 29%, sendo maior nas Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos, não só pela susceptibilidade clínica da criança mas também pela necessidade de atitudes diagnósticas e terapêuticas invasivas que acarretam maior perigo de infecciosidade, nomeadamente intubação ou ventilação assistida.

Os vírus são os agentes etiológicos mais frequentes, e requerem contacto próximo para se transmitirem.

**Conclusão:** A prevenção passa essencialmente pela elaboração de um programa de controle de infecção hospitalar e sua aplicação sistemática e universal.

## **INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS DE REPETIÇÃO -UM DESAFIO DIAGNÓSTICO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Fátima Nunes, Ana Maia Pita, Fátima Abreu, José Cavaco, António Curvelo, J. Oliveira Santos

Serviço 2 de Pediatria Médica, Unidade de Pneumologia Infantil, Unidade de Broncologia do Hospital de Dona Estefânia, Lisboa.

III Reunião de Broncologia Pediátrica do Hospital de Dona Estefânia

Lisboa, Novembro 2002 (Comunicação Livre).

**Objectivo:** A investigação das Infecções Respiratórias de Repetição constitui um desafio ao clínico. O caso que apresentamos é paradigmático da marcha diagnóstica, nem sempre linear.

**Caso Clínico:** Menina de 11 anos de idade, com um irmão falecido no 1º mês de vida por oclusão intestinal e com antecedentes pessoais de infecções respiratórias de repetição desde os primeiros meses de vida. Foi vigiada na Consulta de Broncologia do Hospital de Dona Estefânia desde os 2 anos, tendo realizado vários exames complementares de diagnóstico, incluindo provas de suor que tiveram sucessivamente resultados inconclusivos. Aos 6 anos, após isolamento de *Pseudomonas Aeruginosa* no lavado bronco-alveolar, é efectuado o estudo genético da Fibrose Quística, com identificação do genótipo A561E/G542X, sendo referenciada à referida consulta.

De referir que tem mantido essencialmente sintomatologia respiratória, com boas provas de função respiratória.

**Conclusão:** Conclui-se que o estudo genético de Fibrose Quística, deve ser efectuado em crianças com sintomatologia marcada e persistente, mesmo com provas de suor negativas.

## **NEUROFIBROMATOSE DE VON RECKLINGHAUSEN: DO DIAGNÓSTICO AO SEGUIMENTO**

S ara Reis, Fátima Nunes, António Curvelo\*, Ana Isabel Dias\*\*

Serviço 2 - Pediatria Médica, \*\* Unidade de Neuropediatria - Hospital Dona Estefânia

VI Jornadas Interhospitalares Distrito de Setúbal «A Criança e a Doença Neurológica»

Barreiro, Novembro de 2002 (Comunicação livre)

**Objectivo:** Descreve-se um caso clínico de Neurofibromatose tipo I, e propõe-se um programa de seguimento multidisciplinar e orientado para a detecção das complicações da doença o que permitirá a sua abordagem otimizada.

**Caso Clínico:** Criança do sexo feminino de 8 anos de idade, com antecedentes familiares sugestivos de síndrome neurocutâneo e antecedentes pessoais de atraso do desenvolvimento psicomotor não investigado, bem como epilepsia parcial complexa diagnosticada uma semana antes do internamento e medicada irregularmente com valproato de sódio.

Foi internada por vômitos incoercíveis a que se associou um episódio de convulsão tónico-clónica generalizada. Constatou-se a existência de critérios clínicos de Neurofibromatose Tipo I e provável diminuição da acuidade visual. Realizou estudo neuro-radiológico e oftalmológico que revelou presença de tumor do sistema nervoso central.

**Conclusão:** Conclui-se que se trata de uma das doenças genéticas mais frequentes cujo o diagnóstico é essencialmente clínico e idealmente precoce.

## **DOENÇA PULMONAR E INFECÇÃO HIV NA PEDIATRIA**

Sónia Pimentel, Antonio Curvelo

Serviço 2 Sala 2. – Hospital de Dona Estefânia

**Resumo:** A doença pulmonar é comum na maioria de crianças infectadas com HIV e mais de 80% de crianças infectadas desenvolvem doença pulmonar nalguma fase do curso da sua doença. O seu espectro clínico é alargado e existem importantes variações geográficas e temporais em relação com as etiologias de doença. As descrições clínicas de infecção HIV em lactentes e crianças incluem doenças pulmonares que são graves e únicas e algumas consideradas doenças definidoras de SIDA. Em relação a doenças de apresentação aguda, destaca-se a pneumonia a *Pneumocystis carinii*, a pneumonia bacteriana, pneumonite a CMV e a doença por micobactérias. As formas crónicas de doença pulmonar incluem a hiperplasia pulmonar linfóide e pneumonia intersticial linfocítica. O objectivo deste trabalho é fazer uma revisão teórica sobre as principais formas de patologia pulmonar associadas à infecção HIV na criança, passando pelos aspectos clínicos, imagiológicos, laboratoriais/microbiológicos, terapêuticos e prognósticos destas entidades.

## **DISPLASIA BRONCO-PULMONAR. A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

F. Nunes\*, F. Barrocas\*, J. Ferra de Sousa\*, F. Alves\*\*, C. Vasconcelos\*\*\*, L. Silveira\*\*\*\*, F. Gomes\*\*\*\*

Serviço 2 de Pediatria Médica, \*\* Serviço de Cirurgia Pediátrica, \*\*\*Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de Dona Estefânia, Lisboa. \*\*\*\*Serviço de Pediatria do Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo, Angra do Heroísmo.

VII Reunião de Casos Clínicos de Pediatria das Regiões Autónomas da SPP  
Angra do Heroísmo, Novembro de 2002 (Comunicação Livre)

**Objectivo:** Apresentamos este caso por demonstrar a dificuldade do exercício da Medicina num hospital distrital, longe dos centros de referência.

**Caso Clínico:** Lactente do sexo feminino, com 3.5 meses de idade cronológica nascida às 28s de gestação, por cesariana de urgência-eclampsia materna, no Hospital de Angra do Heroísmo. Foi transferida para o Hospital de Ponta Delgada às 7h de vida, por necessidade de suporte ventilatório, e ficou internada até aos 2,5 meses de idade, com: Muito baixo peso ao nascer, Doença da Membrana Hialina II, Displasia Bronco-Pulmonar, Icterícia Neonatal, Sepsis/ Enterocolite Necrotizante (D1-D14), Hemorragia Digestiva Alta, Hiperglicémia, Sepsis *a S. aureus* (D40-D48), Anemia multifactorial, Acidose Metabólica, suspeita de Persistência do Canal Arterial, Hérnia umbilical e inguinal esquerda. Alta com transferência para o Hospital de Angra do Heroísmo onde se mantém internada por dependência de O<sub>2</sub>, sendo 1 mês depois transferida para o Hospital de Dona Estefânia por Hérnia Inguinal esquerda encarcerada. Submetida a herniorrafia, no pós-operatório imediato por dificuldade respiratória grave, necessitando de ventilação assistida, é internada na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, onde esteve durante 3 dias, tendo tido neste período 2 episódios convulsivos. Por estabilidade cardio-respiratória e neurológica é transferida para o S2 S1 medicada com diuréticos, broncodilatadores, anticonvulsivantes e oxigenioterapia.

Com 3,5 meses de idade, tem alta clínica com transferência para o Hospital de Angra do Heroísmo, por dependência de O<sub>2</sub>.

**Conclusão:** A insularidade tem elevados custos técnicos e humanos, nomeadamente o sofrimento para o doente e seus familiares.

## **OTITE MÉDIA AGUDA -COMPLICAÇÕES INTRA E EXTRA-TEMPORAIS - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Fátima Nunes\*, Lurdes do Ó\*, J. Ferra de Sousa\*, Vitor Neto\*\*, Leonor Bastos\*\*\*

Unidade de Infeciologia Pediátrica – Serviço 2, \*\* Serviço de Otorrinolaringologia, \*\*\* Serviço de Radiologia do Hospital de Dona Estefânia

Insulares II – Jornadas Nacionais do Internato Médico da Ilha Terceira  
Angra do Heroísmo, Maio de 2002 (Comunicação Livre).

**Objectivo:** Apresentamos este caso, por se tratar de uma evolução rara de uma doença benigna, que nesta doente originou complicações intra e extra-temporais.

**Caso Clínico:** Criança de 4 anos, sexo feminino, com internamento recente por meningite purulenta sem agente isolado e otite média aguda à esquerda, foi observada no serviço de urgência por diplopia intermitente, sem outras queixas. Ao exame objectivo apresentava parésia do VI<sup>o</sup> par craniano à esquerda e edema papilar bilateral. Após realização de TAC-CE foi internada com hipótese diagnóstica de empiema / abscesso da fossa cerebelosa posterior esquerda e iniciou vancomicina e cloranfenicol endovenoso. Fez RMN-CE que revelou empiema epidural da fossa cerebelosa posterior esquerda com discreto processo de cerebelite, pequeno empiema retro-mastoideu à esquerda, tromboflebite parcial do seio lateral esquerdo, seio sigmoide e segmento mais proximal da veia jugular homolateral, e otomastoidite à esquerda. Foi realizada

mastoidectomia e meringotomia com colocação de tubo, sendo observado durante a cirurgia «...presença de mucosa polipoide que preenchia toda a mastoide, e fazia corpo com o próprio seio...». Houve resolução completa da parésia do recto externo e melhoria do edema da papila. Fez RMN-CE de controle ao 24º dia de antibioticoterapia e 19º de pós-operatório, revelando reabsorção do empiema epidural e revascularização parcial do seio lateral. A criança teve alta com indicação de manter antibioticoterapia per os, e referenciada às consultas de Infeciologia, ORL e Oftalmologia.

**Conclusões:** É importante a exclusão de mastoidite em crianças com otite média aguda que apresentam não apresentam melhoria clínica nas 24 h a 72 h após o início de antibioticoterapia.

## **UNIDADE DE DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS**

### **LINFANGITE – UM CASO CLÍNICO**

Ana Maia Pita\*, Ana Leça\*, Isabel Peres\*\*, Rosa Barros\*\*, Leonor Carvalho\*

\* Serviço 2 Sala 3 e \*\* Serviço de Patologia Clínica do Hospital de D. Estefânia

Congresso do Hospital de Dona Estefânia “125 Anos na Saúde da Mulher e da Criança”

Lisboa, 16 a 18 de Outubro de 2002 (poster).

**Introdução:** As infecções por *Nocardia spp*, apesar de pouco frequentes, podem apresentar-se como infecções cutâneas primárias, na sequência de traumatismo, ou como infecções sistémicas, por inalação, nos imunocomprometidos. O prognóstico é bom, excepto no caso dos imunodeficientes com doença disseminada.

**Caso Clínico:** Rapariga de quatro anos de idade, internada nesta Unidade por ferida infectada do joelho esquerdo, com linfangite e adenite inguinal satélite homolateral, que se estabeleceram progressivamente na sequência de escoriação do joelho esquerdo por queda, cerca de quinze dias antes do internamento.

Na observação apresentava ferida do joelho esquerdo com exsudado purulento, linfangite na face interna da coxa esquerda e tumefacção inguinal esquerda com sinais inflamatórios exuberantes, muito dolorosa à palpação. Analiticamente tinha leucocitose, com neutrofilia e proteína C reactiva elevada. A ecografia da área inguinal revelou conglomerado adenopático, sem áreas de necrose, com edema envolvente.

Instituiu-se terapêutica endovenosa com flucloxacilina e penicilina G cristalina, sem melhoria clínica.

A hemocultura efectuada antes de iniciar a antibioterapia veio a revelar-se negativa e na cultura do exsudado da ferida houve crescimento de colónias de *Nocardia spp*, pelo que suspendeu os antibióticos anteriormente prescritos e iniciou terapêutica dirigida com cotrimoxazol, com resposta clínica rápida.

**Conclusões:** Este caso pretende lembrar a possibilidade de infecções cutâneas por agentes pouco frequentes, que devem ser considerados quando se verifica uma resposta clínica inadequada/insuficiente aos antibióticos habitualmente prescritos nestas situações.

De salientar, ainda, a importância dos exames culturais no diagnóstico e orientação terapêutica destas infecções e a necessidade de antibioterapia prolongada, atendendo à replicação intracelular lenta de *Nocardia spp*.

### **MASSA MEDIASTÍNICA – UM CASO CLÍNICO**

Ana Maia Pita\*, M Simões\*\*, Francisco Abecasis\*\*, J Magalhães\*\*\*, Horácio Cardoso\*, Ana Leça\*, Leonor Carvalho\*

\* Serviço 2 Sala 3, \*\* Serviço Imagiologia e \*\*\* Serviço Cirurgia - Hospital D. Estefânia

Congresso do Hospital de Dona Estefânia “125 Anos na Saúde da Mulher e da Criança”

Lisboa, 16 a 18 de Outubro de 2002 (Poster).

**Introdução:** Os quistos broncogénicos constituem 6 a 15 % dos tumores mediastínicos primários. O diagnóstico é habitualmente colocado na sequência da detecção de alterações numa radiografia de tórax ocasional, uma vez que são frequentemente assintomáticos. Podem, no entanto, condicionar sintomatologia variada, especialmente infecções de repetição associadas ou não a dificuldade respiratória. A tomografia

axial computadorizada e a ressonância magnética nuclear de torax suportam o diagnóstico. A confirmação definitiva depende da histopatologia da peça operatória e a terapêutica é cirúrgica.

**Caso Clínico:** Rapariga de 18 meses, com história familiar de patologia pulmonar não especificada e antecedentes de tosse persistente desde os dois meses, internada nesta Unidade por febre alta e agravamento da tosse. Na observação encontrava-se com ligeira dificuldade respiratória e acentuada diminuição do murmúrio vesicular no hemitórax esquerdo. A radiografia torácica apresentava hipotransparência hilar esquerda arredondada, com hiperinsuflação homolateral e desvio do mediastino para a direita. A broncoscopia revelou redução em cerca de 90% do calibre do brônquio principal esquerdo, por compressão extrínseca, compatível com adenopatia hilar.

Foi colocada a hipótese diagnóstica de tuberculose pulmonar, tendo iniciado empiricamente terapêutica antibacilar tripla.

A intradermo-reacção de Mantoux e os exames directo, cultural e pesquisa por PCR, para BK, do suco gástrico e lavado bronco-alveolar foram negativos. A tomografia computadorizada do tórax revelou uma massa quística mediastínica infra-carinal, que foi confirmada por ressonância magnética nuclear.

Desta forma admitiu-se como mais provável tratar-se de um quisto broncogénico infra-carinal, suspendendo-se a terapêutica prescrita.

Foi proposta intervenção cirúrgica que será realizada oportunamente, dada a estabilidade clínica da doente.

**Conclusões:** Em Portugal, dada a alta incidência de tuberculose, esta deve ser sempre considerada no diagnóstico diferencial de massas mediastínicas. Contudo, outra patologia mais rara, como os quistos broncogénicos, têm que ser excluídos, sendo a tomografia axial computadorizada e a ressonância magnética essenciais no seu esclarecimento.

## **TUBERCULOSE: UM DOENTE JOVEM, UMA FORMA ANTIGA...A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Pita A, Pimentel S, Baldaia J, Leça A, Carvalho L.

Serviço 2 Sala 3 – Unidade de Infecçiology - Hospital D. Estefânia

**Resumo:** É apresentado um caso clínico de uma menina com 12 anos de idade, enviada da Guiné Bissau para esclarecimento de quadro arrastado de febre, desnutrição grave, tosse, dificuldade respiratória e edema generalizado. Atendendo à proveniência de país africano e ao quadro clínico arrastado e sistémico, coloca-se o diagnóstico de tuberculose, posteriormente confirmado pelos exames micobacteriológicos, com aspectos actualmente pouco habituais no nosso país. A propósito do caso clínico, são feitas algumas considerações sobre a tuberculose em Pediatria e em relação a alguns aspectos particulares desta situação.

## **UNIDADE DE PNEUMOLOGIA**

### **ATAXIA-TELANGIECTASIA – UM CASO CLÍNICO**

Ana Maia Pita, N Fernandes\*, Ana Melo Bento\*, Fátima Abreu\*, Eulália Calado\*\*, José Cavaco\*, António Curvelo\*

\* Unidade de Pneumologia e \*\* Unidade de Neuropediatria do Hospital de D. Estefânia

Reunião Casos Clínicos da Secção de Pneumologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria  
Coimbra, Maio de 2002 (comunicação livre).

**Introdução:** A ataxia-telangiectasia é uma doença autossómica recessiva ou esporádica, caracterizada por ataxia cerebelosa progressiva, telangiectasias oculo-cutâneas e infecções sinopulmonares recorrentes, com elevação da  $\alpha$  fetoproteína e imunodeficiência humoral e celular. Esta situação clínica associa-se frequentemente a neoplasias, nomeadamente hematológicas.

**Caso Clínico:** É apresentado o caso clínico de uma criança de seis anos de idade, do sexo masculino, internada nesta Unidade por infecção respiratória baixa.

Trata-se duma criança com antecedentes de atraso do desenvolvimento estatura-ponderal e infecções respiratórias recorrentes, que aos 30 meses de idade inicia ataxia cerebelosa progressiva, a que se associaram posteriormente telangiectasias oculares e dos pavilhões auriculares, tendo sido estabelecido o diagnóstico de ataxia-telangiectasia.

Durante este internamento é efectuada uma reavaliação da situação clínica, com confirmação do diagnóstico e detecção de imunodeficiência humoral e celular. Assim, além da terapêutica antibiótica, decide-se iniciar terapêutica mensal com gamaglobulina endo-venosa.

**Conclusões:** A ataxia-telangiectasia é uma doença rara com morbidade importante e mortalidade precoce, especialmente devido a infecções respiratórias recorrentes, requerendo uma abordagem multi-disciplinar.

### **PNEUMONITE POR “ÁGUA DE FOGO”**

Rosa S, Pimentel S, Pereira A, Abreu F, Cavaco J, Curvelo A

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

Congresso do Hospital Dona Estefânia - 125 na Saúde da Mulher e da Criança

Lisboa, 16-18 de Outubro de 2002

**Introdução:** Os artistas de circo que expellem chamas usam hidrocarbonetos líquidos que colocam na boca e lançam contra um bastão em fogo, funcionando como fluído de ignição para a formação de um aerossol que arde à volta desta haste. O resultado é a formação de chamas que aparentam sair da boca do artista. A pneumonite química, resultante da aspiração de hidrocarbonetos, é a complicação mais grave dos acidentes que ocorrem com estes produtos. A terapêutica com antibióticos e corticóides sistémicos é frequentemente utilizada embora não exista evidência definitiva dos seus benefícios.

**Caso clínico:** Apresenta-se o caso clínico de um adolescente de 13 anos de idade do sexo masculino que, em sequência de aspiração accidental de solução constituída por hidrocarbonetos (“água de fogo”), foi internado neste serviço. Inicialmente assintomático, desenvolveu dor torácica e cervical à esquerda 4 horas após a ingestão. À entrada apresentava-se ansioso, febril, mas sem sinais de dificuldade respiratória ou alterações da auscultação pulmonar. Analiticamente evidenciaram-se parâmetros laboratoriais de infecção e hipoxemia pelo que foi medicado com cefuroxime e.v.. Ao 3º dia de internamento desenvolveu sinais clínicos e radiológicos de condensação da base direita pelo que se iniciou corticoterapia e.v. A tomografia axial computadorizada de tórax realizada ao 9º dia de internamento revelou a existência de pneumatocelos inflamatórios. Manteve-se assintomático desde o 5º dia de internamento sendo seguido em Consulta de Pneumologia deste hospital. A TAC torácica realizada um mês após a alta mantinha as imagens de pneumatocelos com melhoria do componente inflamatório.

**Conclusões:** A evolução deste caso está de acordo com o que é habitualmente descrito na literatura, ou seja, com uma recuperação clínica relativamente rápida e uma recuperação radiológica mais lenta (que pode levar de semanas a meses). O seguimento em ambulatório é importante quer na monitorização das lesões pulmonares (pneumatocelos) quer na detecção de eventuais alterações residuais da função pulmonar (do tipo restritivo).

## **SERVICO DE NEUROPEDIATRIA**

**Directora: DR.<sup>a</sup> KARIN DIAS**

### **O PAPEL DO SERVIÇO DE NEUROLOGIA PEDIÁTRICA NO HDE**

Karin Dias, Marta Conde, Sandra Afonso, Rosa Esquina, Eulália Calado  
Serviço de Neurologia, Hospital Dona Estefânia  
Reunião Geral do Hospital  
Lisboa - Novembro de 2002

#### **Resumo:**

Este trabalho dividiu-se em duas partes: na primeira procurou-se avaliar as actividades assistenciais de Serviço de Neurologia Pediátrica e a satisfação dos utentes da Consulta de Neurologia Pediátrica. Para tal, procedeu-se à análise de alguns indicadores da Consulta, Internamento e Prevenção à Urgência, apresentando-se os resultados de um inquérito feito aos pais/acompanhantes das crianças que vieram à Consulta de Neurologia Pediátrica, de 7 de Janeiro a 7 de Março de 2002, que analisa a vertente da satisfação dos cuidados prestados e alguns dados definidores do tipo de população seguida.

Na segunda parte do trabalho tentou-se determinar o impacto da doença neurológica num serviço de pediatria. Efectuou-se o estudo retrospectivo dos processos das crianças internadas no Serviço 2, de 1 de Julho de 2001 a 30 de Junho de 2002, registadas na base de dados do Serviço de Neurologia. Analisaram-se várias variáveis, nomeadamente o sexo, idade, quadro clínico (puramente neurológico, médico com sintomatologia neurológica, neurológico com intercorrência médica, cirúrgico com sintomatologia neurológica, neurológico com intercorrência cirúrgica, neurocirúrgico), duração do internamento (pediatria versus neurologia), exames complementares de diagnóstico realizados e seus custos, assim como o destino após a alta.

### **THE "FAILURES" OF SPINA BIFIDA TRANSDISCIPLINARY CARE**

Eulália Calado, Clara Loff

Núcleo de Spina Bifida, Hospital Dona Estefânia, Rua Jacinta Marto 1165-045 Lisboa, Portugal  
Eur J Pediatr Surg 2002; 12: S51-S52

**Introduction:** The transdisciplinary team model, initially created for people with cerebral palsy, has been recognized, for more than three decades, as the medical standard for complex multideficiency as spina bifida (4). The myelomeningocele (MMC) patients have multiple neurological impairments that place them at high risk for secondary (but most of them preventable) morbidities as urologic problems and kidney disease, pressure ulcers and orthopaedic deformities, in addition to the neurosurgical complications. This implies the involvement of many different specialists in the care of people with Spina Bifida (SB), at tertiary level.

According to the theoretical literature about team models, patient outcome seems to be highly related to team collaboration (4), which can be relatively limited in the multidisciplinary model, where the roles of each team member are clearly defined; when professionals function independently, fragmented care can easily result because of poor communication. The transdisciplinary approach promotes an integrated assessment and develops an unified treatment plan, based on the child's needs, that is jointly carried out by all team members, with parental involvement. The parents and older patients should be considered essential members of the team and they must be educated about SB different pathologies, potential problems and goals of treatment, to improve compliance with programs, anticipate secondary disabilities and fully participate in decision-making.

However, from our experience of running a transdisciplinary Spina Bifida Clinic, providing a completely free care, there are always a few children who are prone to more complications than peers, with a similar condition. Our goal, in this study, is to identify, under a lump view, common risk factors among children where things go wrong, to define an integrated strategy to use in these and in future cases, in order to anticipate and prevent complications.

**Material and Methods:** A total population of 109 children with neural tube defects is followed in our Clinic, in a central paediatric hospital, most from birth onwards. Among the 96 MMC patients, aged 3 months to 18 years, mean age 9,7 years, we identified 13 “problematic” children. We considered “problematic” the children who presented preventable secondary disabilities, with serious compromise of the quality of life and even life expectancy. We excluded the neurosurgical problems, such as complications of shunted hydrocephalus and of tethered cord, because in many cases it is difficult to establish the degree to which these conditions are preventable.

Three of the 13 problematic children have renal failure and are on haemodialysis, a fourth have been submitted to a renal transplant, 7 have multiple bilateral renal scars, with a poor renal function and one of these had also suffered a foot amputation, and 2 have recurrent skin pressure ulcers, one at risk of losing a foot. Data concerning to age, sex, race, location, MMC level, frequency of hospital admissions and total length of yearly stays in the last 3 years, uniparental families, intrafamilial conflicts, poverty, low education level of parents, appointment missing and primary care health support, were obtained from the clinical records of all the MMC patients. A comparative study was conducted between the “problem group” and the other 83 MMC patients of the Clinic, used as reference group.

### Results

In the 13 children with preventable complications the ages range 3 to 18 years, with a mean age of 10,2 years, similar to the reference group (10,5 years). The other results concerning the two groups are listed in Table 1

**Table 1.** Comparison between the two groups

Characteristics	“Problematic” group (N=13)		Reference group (N=83)	
	n	%	n	%
Gender	11girls	85	47girls	56
Race (black children)	1	8	7	8
Location distance (>100 Km)	4	31	22	26
MMC level (<L <sub>3</sub> )	6	46	42	51
Poverty ***	10	77	17	20
Uniparental family **	6	46	12	14
Parental conflicts **	3	23	3	4
Parental low academic status	7	54	40	48
Missed appointments (>25%/year)***	6	46	12	14
Number of admissions >3/year **	8	61	16	19
Length of hospital stay >20 days/year **	8	61	16	19
Primary care addressed support	0	0	3	4

$\chi^2$  test, 1 d.f. \* p<0,05 \*\*p<0,01 \*\*\*p<0,001

### Discussion

Improvement in the management of SB patients, in the last 20 years, have greatly reduced morbidity, changing the anterior ominous long term prognosis for a large subset of this population. (1). However, among our 96 MMC children 13,5% present serious preventable secondary complications, renal and dermatological, in spite of being followed since birth by a transdisciplinary experienced and stable team, in a tertiary centre. Definitely there are gaps in our services from which some children get out from the umbrella. Being aware of these gaps will restrain the failures in the future.

From our empirical experience we had anticipated some common features among the problematic children, such as poverty, uniparental families and family conflicts; these same features proved to be statistically significant in this study, as were the appointment missing, related to the first factors. High frequency of hospital admissions and longer stays, also significant, translate already the clinical complications.

A structured family, with concerned parents, plays an important role in the continuity and quality of follow-up (3). Family dysfunction and poverty don't leave enough energy to parents, specially the mother, to dedicate to the SB child highly complex needs. They need help at the community level, where the patient

spend most of his time and many of his problems have to be detected and correctly orientated. The limited utilization of primary health care near home it is an issue generally recognized (2) and of difficult resolution everywhere. Our team had several times organized meetings with local doctors and nurses, giving them information about SB and offering training, without significant results. The low prevalence and usually high severity of the cases, don't attract the local health professionals to the SB problematic.

If the parents are demanding and emotionally equilibrated they always achieve some help from the community-providers and manage the services according to the SB instructions, generally with good results for the child. If the family presents the risk factors mentioned above the team must immediately delineate a targeted strategy for that child.

After some experiments without success, we have decided that someone in the team, generally a nurse, would be directly responsible for the suspected child, visiting the family in the community regularly and surveying the quality of care. If our initial suspicions will be confirmed and the family doesn't function as a protective milieu, than someone in the community interested in the child and accepted by the family, must be trained in SB issues by the child guardian of the team. It can be a relative, a friend, a neighbour or a volunteer; the essential is to find someone that guarantees responsibility and continuity. The designed team professional will make the linkage between the community-provider and the Clinic with exchanging of knowledge and better addressed needs of the child and the family.

We are convinced that this is a valid alternative for an effective support to the most vulnerable SB patients and families, with early identification of medical complications and opportune referral, preventing the enormous burden that the increase in morbidity represents both for the patient, the family and the health care system.(3)

### **ANÁLISE DIPOLAR DA ACTIVIDADE PAROXÍSTICA INTERICTAL NA EPILEPSIA ASSOCIADA AOS HAMARTOMAS HIPOTALÁMICOS CEREBRAL**

Alberto Leal \*, V. Passão \*\*, Eulália Calado \*\*\*, José Pedro Vieira \*\*\*, J. Cunha \*\*

\*Serviço Neuropediatria H. D. Estefânia (Lab. EEG), Unidade Neurofisiologia H. Júlio de Matos, \*\*Serviço Neurologia H. Júlio de Matos, \*\*\*Serviço Neuropediatria H. D. Estefânia  
Clinical Neurophysiology 113 (2002):1961-1969.

**Objectivo:** A epilepsia associada aos Hamartomas Hipotalâmicos (HH) constitui um síndrome com crises peculiares, habitualmente refractárias à terapêutica médica, com atraso mental moderado, problemas comportamentais e actividade paroxística multifocal no EEG do escalpe. A origem cortical dos paroxismos interictais foi geralmente assumida, mas não demonstrada experimentalmente.

**Métodos:** Os autores apresentam os resultados da análise dos geradores da actividade paroxística interictal de 4 doentes (idades entre os 2-25 anos) com epilepsia e HH, usando EEG de longa duração (32 eléctrodos) e modelos volumétricos realistas obtidos a partir de Ressonâncias Magnéticas Encefálicas de alta resolução. Actividade paroxística multifocal foi o achado mais comum, distribuída principalmente pelos lobos frontais e temporais. Foi usado um método de classificação dos paroxismos baseado na topografia no escalpe, após o que se melhorou a relação sinal/ruído destes, baseado na média. Foram usados os métodos de dipolo móvel, bem como o algoritmo Rap-MUSIC.

**Resultados:** Todos os paroxismos com uma boa relação sinal/ruído foram melhor explicados por geradores precoces localizados na vizinhança dos hamartomas, a que se seguem geradores tardios localizados na região cortical. Não se observaram doentes com geradores localizados sómente no cortex.

**Conclusões:** Globalmente este estudo revela uma origem consistente dos paroxismos interictais na região subcortical vizinha aos hamartomas, com propagação tardia à região cortical.

### **CEREBRAL WHITE MATTER CHANGES IN A CASE OF NIEMANN-PICK C DISEASE 1**

Silvia Sequeira, Inês Pó, José Pedro Vieira

Hospital Dona Estefânia Metabolic Disorders, Gastroenterology and Neurology Clinics

XXV Conferências Genética- Doenças Peroxisomas e Lisosomas – Novas Perspectivas (Apresentado como poster e como comunicação livre)

Porto - 17 a 19 de Janeiro de 2002

### **Resumo:**

Cerebral white matter is composed of myelinated axons, glial cells and blood vessels. The predominant component, the myelin sheath, contains some specific proteins and also a very high proportion of lipids: galactosyl ceramide, cholesterol and ethanolamine plasmalogens, etc

The metabolism of cholesterol in the CNS is very complex and still under investigation. This compound in the brain seems to derive almost exclusively from in situ synthesis and it has been suggested that in various neurodegenerative disorders alterations in internal recycling of sterol within the CNS may affect neuron and myelin integrity. Even though the presence of cholesterol esters is considered as indicative of inflammation and recent demyelination, leukodystrophies have been usually related to several other disorders rather than to the metabolism of cholesterol.

Lysosomal sequestration of endocytosed LDL-derived cholesterol, premature and abnormal enrichment of cholesterol in trans Golgi cisternae and accompanying anomalies in intracellular sterol trafficking are the hallmark features of Niemann-Pick type C.

As Niemann-Pick type C is usually not included in the metabolic disorders with changes in the cerebral white matter we report a case of this disorder with images suggesting periventricular leukomalacia in the MRI.

CMRA, a four year old girl, only child of unrelated and healthy parents was born after a normal pregnancy and delivery. Transient cholestatic jaundice and hepatomegaly were reported in the neonatal period and a liver biopsy then performed was described as «congenital hepatic fibrosis». She had a normal motor social and cognitive development until the age of 18 months when she started to have a progressive regression of the acquired skills. The evolution showed ataxia and bilateral symmetric spastic tetraplegia, a significant pseudobulbar component with dysphagia and dysarthria. She required a gastrostomy for feeding because of frequent aspiration of oral secretions. At the age of four and a half she has a severe motor impairment, a movement disorder and total loss of speech; she does have visual contact and some understanding. Supranuclear vertical gaze palsy described in Niemann-Pick C is not present.

Major hepatosplenomegaly and a bone marrow aspirate showing foamy cells suggested the diagnosis. This was confirmed by cultured fibroblasts showing an intracellular defect of cholesterol esterification with the Filipin stain.

MRI shows a symmetrical periventricular and posterior increased signal intensity in the T2 and FLAIR sequences.

## **OSTEOPETROSE - 5 CASOS DO HOSPITAL DE DONA ESTEFANIA**

Ana Isabel Dias, J.Pedro Vieira, Eulália Calado\*, Orquídea Freitas\*\*Pedro Cabral\*\*\*

\*Serviço de Neurologia Pediátrica; \*\*Unidade de Hematologia Pediátrica; \*\*\*Serviço de Neurologia do Hospital de Egas Moniz

VI Congresso Nacional da Sociedade Espanhola de Neurologia Pediátrica

MADRID – 1 a 4 de Maio de 2002

A osteopetrose “maligna” autossómica recessiva é uma doença rara da reabsorção óssea, devida a disfunção dos osteoclastos, que não reabsorvem o osso imaturo, o que origina formação anómala da cavidade da medula óssea e depósito ósseo excessivo, com estreitamento dos foramina dos pares cranianos. Estas alterações traduzem-se clinicamente por falência medular com anemia e hepatosplenomegália, fracturas, atraso de crescimento, infecções recorrentes, compressão dos nervos cranianos, com compromisso importante da visão e da audição.

É uma doença quase sempre letal, sobretudo nos 2 primeiros anos de vida. O transplante medular precoce é o único tratamento conhecido que altera significativamente o seu curso natural.

Esta situação é geneticamente heterogénea, com vários loci “candidatos”, mas ainda sem um mapeamento genético definitivo.

O objectivo desta apresentação é alertar para as manifestações neurológicas da osteopetrose e para a urgência do diagnóstico e do transplante medular, pois estas crianças são por vezes enviadas à consulta de neurologia pediátrica (como é o caso de 3 destes doentes) por queixas como atrofia óptica, convulsões ou atraso do desenvolvimento.

No nosso Hospital foram seguidas, nos últimos 8 anos, 5 crianças com osteopetrose, 4 do sexo feminino e uma do sexo masculino (irmão de uma delas). Quatro foram sujeitos a transplante medular nos primeiros meses de vida. 2 tiveram evolução favorável a nível cognitivo mas com má evolução estatural e amaurose. A

doente que não foi transplantada tem tetraparésia espástica, amaurose, atraso global profundo do desenvolvimento e epilepsia parcial. Outra doente, ainda lactente, com amaurose, fez transplante de medula recentemente, com boa evolução. O rapaz faleceu devido a sépticemia e insuficiência cardíaca logo após o transplante.

**Agradecimentos:** Unidade de Transplante do Instituto Português de Oncologia e Núcleo Iconográfico do Hospital de Dona Estefânia

### **ACUTE ENCEPHALOPATHY WITH LONG-LASTING BUT REVERSIBLE ALTERATION OF CONSCIOUSNESS, DYSKINESIA AND COGNITIVE DYSFUNCTION**

S Ghariani, M Leber, D F Clarke, M Tardieu, E Roulet, A Levy Gomes, J P Vieira, C Nasogne, A D Rothner, G Sébire

(Louvain, Belgium; Paris, France; Vaudois, Switzerland; Lisbon; Portugal; Ann Arbor, Michigan; Cleveland, Ohio)

Reunião da Child Neurology Society (comunicação oral)

Washington- Outubro de 2002

An acute form of encephalopathy which has been characterised by long-lasting though completely reversible decline of cognitive functions was observed in a few patients. The underlying cause is unknown. In this study of 11 patients we further defined the clinical, biological, electrophysiological and radiological manifestations. The patients were 3 to 14 years old. The acute phase of the disease lasts from 1 to 3 months and is characterised by cognitive deterioration, fever, extrapyramidal symptoms, abnormal movements, seizures, drowsiness and/or coma. The recovery phase lasted from 2 months to 2 years. Recovery began with improvement of consciousness and motor skills. Improvement of emotional lability, behaviour and cognitive functions followed. Ten patients made a full recovery. One patient was left with behaviour sequelae. Mild cerebrospinal pleocytosis was detected in 6 patients. Brain magnetic resonance imaging scans were normal in all but 3 patients who displayed focal non-specific hyperintensity on T-2 weighted sequences. Electroencephalogram showed slow background rhythm. Brain biopsy in one patient showed a mild non-specific gliosis. Positron emission tomography scanning, metabolic, toxicologic and serologic investigations remained negative. This study further characterises this acute encephalopathy as a distinctive syndrome, The outcome is favourable. An immunoinflammatory mechanism that might underlie ethiopathogenesis merits further exploration.

### **QUANDO, QUEM E COMO REFERENCIAR A CONSULTA DE NEUROPEDIATRIA**

Karin Dias

Serviço de Neurologia Pediátrica – Hospital de Dona Estefânia - Lisboa

Mesa Redonda sobre “A criança e a Doença Neurológica”

VI Jornadas Pediátricas Interhospitalares do Distrito de Setúbal

Barreiro, 22 de Novembro de 2002

Os Neurologistas Pediátricos (NP) Portugueses têm um excesso de trabalho assistencial, dado o número elevado de doentes que têm que observar, muitos deles com problemas graves e criadores de grande sofrimento para as famílias, que assim exigem muito dos médicos e serviços. Simultaneamente, os Hospitais ainda centram a sua actividade nos Serviços de Urgência, onde a afluência continua a ser enorme, esgotando-se as energias dos médicos Pediatras neste serviço e diminuindo a sua presença efectiva nos serviços de internamento e de ambulatório.

Os NP sentem, desta forma que, por mais que trabalhem, o tempo nunca é suficiente, as listas de espera aumentam cada vez mais, mantendo-os constantemente pressionados pelos pedidos urgentes.

As referências recebidas não são geralmente suficientemente esclarecedoras, dificultando a definição real da urgência da referência, obrigando por vezes a marcar rapidamente uma criança, que afinal tem um problema tão banal como um espasmo do choro. Para os pais todos os problemas são urgentes, como é evidente, mas os médicos têm que ter prioridades bem definidas, pelo que a qualidade da referência é essencial.

Numa referência não basta pôr um sintoma ou uma hipótese diagnóstica, mas sim um perfil evolutivo da sintomatologia, as repercussões gerais da mesma, o exame objectivo relevante (por exemplo a TA nas cefaleias), antecedentes familiares importantes e antecedentes pessoais como gravidez, parto, período neonatal e desenvolvimento. Nas patologias paroxísticas é importante referir a sua frequência e duração, há quanto tempo se iniciou, quais os sintomas acompanhantes, se há causas provocadoras ou agravantes e se existe sintomatologia pós crise.

Com o intuito de ter uma ideia objectiva sobre as referências recebidas fez-se uma análise de todas as referências recebidas durante dois meses (Setembro e Outubro de 2002). Excluíram-se todos os doentes referenciados pelo internamento do próprio Hospital, todos já previamente observados pela neurologia. Foram recebidas 61 referências neste período de tempo, das quais 48% vinham directamente do Médico de Família, 13% de Pediatras do CS, 13% de Pediatras do HDE e 26% de outros especialistas do HDE. Fez-se a análise do conteúdo das referências segundo os seguintes parâmetros: indicação da idade (16% não referia a idade), antecedentes familiares (87% não mencionava qualquer dado) e pessoais (80% idem), anamnese (só 13% tinha uma história suficiente), exame objectivo (79% sem qualquer dado), hipótese diagnóstica (67% não colocava nenhuma), indicação dos exames realizados (57% não mencionava nenhum e os restantes raramente diziam o resultado dos mesmos), objectivo da referência (só 51% mencionava um objectivo, mas este era sempre vago, como “avaliação neurológica e eventual terapêutica”), letra (75% foi considerada optimisticamente como legível) e assinatura legíveis (63% considerada como legível, mas porque tinham as etiquetas do médico referenciador. Quando não tinham, como as referências do próprio Hospital, 99% eram ilegíveis). Estes resultados foram considerados como muito insuficientes e foi demonstrada a necessidade de melhoria desta situação.

Apresentaram-se algumas hipóteses de solução, mencionando como exemplo o relatório da Comissão Nacional da Mulher e da Criança (Ministério da Saúde – 1993) que preconizava a criação de Centros de Desenvolvimento da Criança (distritais e regionais) e da criação do lugar de Pediatra Comunitário, o que iria permitir um acompanhamento mais eficaz das crianças com doenças crónicas. Dessa forma iria também permitir aos NP observarem um maior número de doentes novos, com uma menor lista de espera, mais tempo para a investigação e maior eficácia e satisfação no seu trabalho.

Infelizmente pouco foi ou nada feito neste sentido nos anos que se seguiram à publicação deste relatório.

## **NEUROLOGIA DO DESENVOLVIMENTO -"NA ROTA DA PARALISIA CEREBRAL"**

Eulália Calado

Serviço de Neurologia Pediátrica – Hospital de Dona Estefânia - Lisboa

Congresso comemorativo do 20º Aniversário da APPC de Faro

Faro 22 e 23 de Novembro 2002

Desenvolvimento é um processo de maturação das estruturas e funções nervosas da criança, que leva à aquisição e aperfeiçoamento das suas capacidades/ aptidões. Obedece a uma determinada sequência, mas tem velocidades variáveis individuais, sendo tanto maior o intervalo quanto mais complexa for a aquisição. Assim o sentar tem um curto intervalo, entre os 6 e os 9 meses, enquanto o falar em frases poderá variar entre os 18 meses e os 3 anos.

Em Neurologia Pediátrica a história clínica e o exame da criança diferem da prática neurológica no adulto, porque têm de considerar a avaliação do desenvolvimento do sistema nervoso. Este tem início no 1º mês de gestação, com a neurulação, seguindo-se a proliferação e migração neuronais no 2º trimestre de gravidez e a organização e a mielinização, com início pré-natal mas só finalizando vários anos após o nascimento. A sinaptogénese tem lugar essencialmente no período post-natal, com a formação axonal e o desenvolvimento das conexões dendríticas. A apoptose ou morte neuronal programada, que ocorre sobretudo nos primeiros 2 anos de vida, tem papel de relevo no desenvolvimento cerebral normal. Qualquer distúrbio numa das fases atrás referidas pode ocasionar uma malformação/disfunção no sistema nervoso, com séria repercussão sobre o desenvolvimento.

Nos países ocidentais é actualmente reconhecido que uma em cada 10 crianças apresenta pelo menos um problema de desenvolvimento no conjunto das suas áreas motora, cognitiva, de comunicação, sensorial, preceptiva e de comportamento adaptativo. Concretizando estes números é globalmente aceite que 3% da população pediátrica tem atraso mental com compromisso intelectual significativo, 1 em 200 tem paralisia

cerebral (PC) e 5 a 7% têm síndrome de hiperactividade e dificuldades de aprendizagem. Nos grandes prematuros de muito baixo peso (500-750 gr) a morbidade está já há alguns anos estacionária nos 20% com função cognitiva subnormal e 10% com PC.

Os marcos motores são um excelente indicador da competência motora mas não são preditivos da inteligência. O desenvolvimento da linguagem, que é medido em termos de capacidade expressiva e receptiva, é o melhor preditor de inteligência.

Durante os primeiros 6 meses de vida o crescimento estatura-ponderal é a principal preocupação da maioria dos Pais. Depois do primeiro semestre o desenvolvimento motor começa a ter prioridade, com o sentar e a aquisição da marcha. Só muito mais tarde, por volta dos 18 a 24 meses na maioria das famílias, os pais começam a prestar atenção às esferas cognitivas, especialmente ao desenvolvimento da linguagem. Daí as deficiências motoras serem diagnosticadas muito mais precocemente do que os atrasos cognitivos, mesmo quando graves. A idade média de diagnóstico de PC é de 14 meses comparada com 39 meses para o atraso mental.

As disfunções do desenvolvimento constituem um problema epidemiológico importante, com morbidade pesada, que urge minorar através dum diagnóstico e orientação terapêutica atempados e dum aconselhamento genético eficaz.

Na investigação dum atraso de DPM uma história clinica cuidadosa, com apuramento de eventuais riscos biológicos e ambientais e um bom exame físico e neurológico permite-nos direccionar e reduzir significativamente a bateria de exames complementares já hoje disponíveis.

## **ENCEFALOPATIA INFANTIL POR DEFICIENCIA DE VITAMINA B12**

Eulália Calado, Luis Trindade, Luis Ribeiro da Silva

Serviço de Neurologia Pediátrica – Hospital de Dona Estefânia - Lisboa

VII<sup>ème</sup> Congrès de la Société Européenne de Neurologie Pédiatrique

Paris, 1-4 Dezembro 2002 (poster)

Reunião Nacional da Sociedade Portuguesa de Neuropediatria

Coimbra, 13 e 14 de Dezembro 2002 (comunicação oral)

### **Resumo:**

A deficiência da Vit. B12 é uma causa rara de manifestações neurológicas na criança, tais como atraso de desenvolvimento, degenerescência combinada subaguda e neuropatia periférica. Aparece essencialmente no 1ºano de vida, em filhos de mães vegetarianas, com amamentação exclusiva e o seu aparecimento mais tardio, por inusitado, pode ser de difícil diagnóstico.

Apresenta-se o caso dum rapaz de 5 anos com uma história de sonolência, irritabilidade e recusa em andar, com 4 meses de evolução. Um ano antes havia realizado uma RMN encefálica considerada normal, por desequilíbrio na marcha, transitório; um hemograma da altura já revelava macrocitose significativa, que não foi valorizada.

Aquando da admissão no nosso hospital, o EEG mostrava uma actividade de base muito lentificada com ondas delta de predomínio anterior, sugestivo de encefalopatia metabólica; apresentava marcha ligeiramente atáxica, com Romberg positivo e sinais piramidais nos membros inferiores. Os potenciais sensitivos estavam ausentes nos membros inferiores e os potenciais evocados somatossensitivos lentificados, sugerindo disfunção dos cordões posteriores. Foi demonstrada uma anemia megaloblástica com um nível sérico de Vit.B12 inferior a 100 ng/ml (normal 174-878). O teste de Schilling (parte I) foi anormal. A proteinúria era 390mg/24h (normal 50-80), o que tornou o Síndrome de Immerslund-Grasbeck (deficiência selectiva de absorção de cobalamina a nível do íleon) o diagnóstico mais provável. O tratamento com Vit. B12 IM levou a uma rápida melhoria clínica e neurofisiológica.

Questiona-se o papel deste tipo de EEG “encefalopático”, já referido noutros casos pediátricos de deficiência de cobalamina, nos atrasos cognitivos que persistem em algumas destas crianças e nas dificuldades escolares já identificadas no presente caso.

## **SINDROME DO NEVUS LINEAR SEBÁCEO: MANIFESTAÇÕES NEUROLÓGICAS**

Luis Gonçalves, Eulália Calado

Serviço de Neurologia Pediátrica – Hospital de Dona Estefânia - Lisboa  
Reunião Nacional da Sociedade Portuguesa de Neuropediatria  
Coimbra, 13 e 14 de Dezembro 2002

**Resumo:**

A síndrome do Nevus Linear Sebáceo (SNLS) é uma doença neurocutânea esporádica, muito rara. Caracteriza-se pela presença de vários tipos de lesões da pele, associadas a múltiplas anomalias congénitas, atingindo preferencialmente o sistema nervoso central.

Os autores apresentam o caso clínico de um adolescente, do sexo masculino, 17 anos de idade, seguido em consulta por uma epilepsia refractária e atraso global do desenvolvimento psico-motor. Aos 8 meses desenvolve um síndrome de West, sendo nessa altura constatada uma hemiparésia esquerda, com TAC-CE considerado normal. Os exames imagiológicos posteriores revelaram lesão infiltrativa hiperdensa do hemisfério direito, interpretada como provável ganglioglioma. A biópsia cerebral realizada aos 6 anos sugere o diagnóstico de astrocitoma de baixo grau/dislplasia cortical. A partir desta idade torna-se evidente hiperpigmentação progressiva da face direita e região ipsilateral do pescoço, com hemihipertrofia subjacente. Só o aparecimento tardio do nevus epidérmico nos permitiu chegar ao diagnóstico definitivo do SNLS, entidade que apesar da sua raridade deve ser conhecida dos neuropediatras.

**TUMOR NEUROECTODÉRMICO PRIMITIVO (PNET) E SUAS DIFICULDADES DIAGNÓSTICAS**

Eulália Calado, Luis Gonçalves

Serviço de Neurologia Pediátrica – Hospital de Dona Estefânia - Lisboa  
Reunião Nacional da Sociedade Portuguesa de Neuropediatria  
Coimbra, 13 e 14 de Dezembro 2002

Uma criança de 11 anos foi admitida no HDE com uma história de 3 semanas de evolução de cefaleias e vômitos, com ótimo estado geral e exame neurológico inteiramente normal à entrada. O TAC-CE revelava calcificações frontais bilaterais giriformes e a RMN encefálica evidenciava um padrão de leucodistrofia extensa envolvendo os lobos frontais e temporais, núcleos da base, tronco cerebral e cerebelo. Estes aspectos imagiológicos devido à sua raridade, reconhecida por profissionais de várias áreas, causaram-nos sérias dificuldades no diagnóstico diferencial (doença metabólica, infecciosa e infiltrativa/neoplásica ...) e levaram-nos a múltiplas investigações. O reconhecimento de células neoplásicas atípicas no LCR, levou à realização de RMN do neuroeixo, que revelou extensa infiltração difusa meníngea do todo o eixo raquidiano. A evolução foi muito rápida, com exitus 4 semanas após o internamento. O exame histológico cerebral acabou por confirmar um PNET, tumor altamente maligno da criança e jovem adulto. Apresentamos uma revisão teórica desta entidade, que apesar de rara constitui habitualmente um desafio diagnóstico para pediatras e neuropediatras.

**SERVICO DE IMUNOALERGOLOGIA**  
**Director: Prof. Dr. JOSÉ ROSADO PINTO**

**RISK FACTORS FOR ASTHMA ADMISSIONS IN CHILDREN**

Ângela Gaspar, Mário Morais de Almeida, Graça Pires, Sara Prates, Rita Câmara, Nila Godinho, Cristina Arêde, José Rosado Pinto  
Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa  
Allergy and Asthma Proceedings 2002; 23(5): 295-301.

**RESUMO:** Bronchial asthma is related to a high morbidity rate, leading to an increasing frequency of emergency room visits and hospital admissions. The aim of this study was to identify severity risk factors for childhood asthma related to hospitalization. The authors studied 124 children admitted to hospital for asthma, during a two-year period, correlating the obtained data with a sample of asthmatic outpatients, matched by age, gender and socioeconomic status. A standardised questionnaire and skin prick tests were performed on all children. The significant and independent risk factors identified for hospital admission were: prior asthma hospitalization ( $p=0.01$ ; OR=7.63, 95%CI=1.5-39.6) and last-year admission ( $p=0.02$ ; OR=3.18, 95%CI=1.1-8.9); environmental tobacco-smoke exposure ( $p=0.002$ ; OR=6.63, 95%CI=2.5-17.8); allergen sensitisation ( $p=0.009$ ; OR=3.86, 95%CI=1.4-10.7); family history of maternal asthma ( $p=0.01$ ; OR=3.58, 95%CI=1.3-9.6); onset of symptoms before 12 months of age ( $p=0.06$ ; OR=2.76, 95%CI=1.0-7.9). Attendance at day-care or kindergarten ( $p=0.04$ ; OR=0.38, 95%CI=0.2-0.9) and large family size ( $p=0.01$ ; OR=0.25, 95%CI=0.1-0.8) could be protective factors. Our results stress the importance of early diagnosis and specialised medical care of childhood asthma, mainly in high-risk children, with emphasis on medication planning and the establishment of preventive measures such as environmental tobacco smoke avoidance and limitation of aeroallergen exposure.

**ALLERGY TO GARLIC IN CHILDREN**

Graça Pires, Elsa Pargana, Mário Morais de Almeida, José Rosado Pinto  
Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa  
Allergy 2002;57:957-8. (Publicação em texto integral)

**RESUMO:** Garlic is a well known cause of contact dermatitis and occupational asthma. However, it is rarely associated with an immediate allergic reaction after ingestion or contact, especially in children. We present the case of a 16 month-old boy with history of cow's milk and white egg allergy, that developed urticaria after contact with fresh garlic. There was no report of previous symptoms with the ingestion of cooked garlic, which he has been ingesting since 12 months of age. Skin prick tests with commercial extract (UCB-Stallergenes) and fresh garlic were positive. Total IgE was 226 UI/ml and specific IgE to garlic was  $<0,35$  kU/L. Contact challenge with fresh garlic was positive; oral challenge with fresh garlic was positive and with cooked garlic was negative. The child is on eviction of fresh and cooked garlic, presenting no symptoms. The importance of this case is due to the fact that it is rare in the general population and mainly in children.

**ISAAC - POLUENTES AMBIENTAIS**

Mário Morais de Almeida\*, Ângela Gaspar\*, Carlos Nunes\*\*, Suzel Ladeira\*\*, Fernando Drummond Borges\*\*\*, Rita Câmara\*\*\*, José Rosado Pinto\*  
\* Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia; \*\* Centro de Imunoalergologia do Algarve; \*\*\* Unidade de Imunoalergologia, Centro Hospitalar do Funchal  
Revista Portuguesa de Imunoalergologia 2002; 10 (3/4):201-3

**RESUMO:** A poluição atmosférica tem sido identificada como factor de risco para a expressão das doenças alérgicas, nomeadamente relacionando-se com a sua gravidade e por vezes, inclusive, com surtos epidémicos de sintomas.

**Objectivo:** Pretendeu-se elaborar, com uma mesma metodologia, um atlas da distribuição de aeroalergenos de *indoor* e da concentração de um poluente atmosférico, tendo-se optado pela monitorização *outdoor* do dióxido de azoto (NO<sub>2</sub>), marcador da exposição a tráfico automóvel. **Metodologia:** Em cada centro seleccionaram-se 6 escolas do ensino básico, onde por períodos de uma semana, em cada dois meses e durante um ano, foram colocados captadores de NO<sub>2</sub>, cuja leitura posterior foi efectuada na Holanda. Pretendia-se conhecer a distribuição da exposição média das populações residentes em cada região, tendo sido recolhida informação de 11 centros em sete países. Portugal (1999/2000) participou com três centros: Lisboa, Portimão e Funchal

**Resultados:** A concentração mediana global de NO<sub>2</sub> foi de 13.2 µg/m<sup>3</sup>, com média aritmética de 17.1 e desvio padrão de 12.9, sendo a distribuição por país apresentada na tabela 1 (valores em µg/m<sup>3</sup>).

**Tabela 1:**

PAÍS (N.º centros)	Mediana	Média aritmética	Desvio padrão
Suécia (2)	5.7	5.6	1.9
Finlândia	9.5	12.4	10.1
Estónia	10.6	12.1	5.3
<b>Portugal (3)</b>	<b>15.7</b>	<b>17.5</b>	<b>10.7</b>
Alemanha	15.9	16.8	5.1
Áustria	23.1	26.0	12.6
Espanha (2)	27.7	29.9	16.1

Comparação entre países: Teste Friedman (p<0.0001; *chi-square*: 97.7)

Considerando os centros nacionais, verificaram-se diferenças muito significativas entre as três regiões participantes, com os valores mais elevados encontrados na Ilha da Madeira conforme explicitado na tabela 2 (valores em µg/m<sup>3</sup>), parecendo evidenciar-se tendencialmente prevalências superiores de doenças alérgicas nas regiões mais poluídas.

**Tabela 2:**

CENTRO	Mediana	Média aritmética	Desvio padrão
Portimão	12.3	14.2	6.9
Lisboa	16.0	16.7	5.2
Funchal	20.8	22.5	14.4

Comparação entre centros: Teste Friedman (p<0.001; *chi-square*: 4.6)

**Discussão:** O controle da poluição, passa pela instituição de medidas de prevenção primária, fundamentalmente regulamentadas pelos órgãos decisórios centrais e locais, embora a nível individual algo também possa ser efectuado. Campanhas de educação podem contribuir para que cada cidadão possa intervir na inversão desta problemática; informação aos doentes podem limitar a morbilidade das doenças. A regulamentação do tráfico, o local de implantação das escolas, são alguns aspectos em que só uma Sociedade informada pode participar.

#### **NEW IN VITRO DIAGNOSTIC METHOD IN ALLERGY: IMMULITE 2000**

MM Almeida\*, Â Gaspar\*, S Prates\*, Rita Murta\*\*, Virgínia Loureiro\*, Vitória Matos\*, C Arêde\*, Céu Teixeira\*, CMarta\*, G Pires\*, N Godinho\*, JRP\*

\*Serviço de Imunoalergologia, Hospital Dona Estefânia, \*\*DPC Amerlab, Lisboa

XXI Reunião Anual da Academia Europeia de Alergologia e Imunologia Clínica (EAACI)  
Nápoles, 1 a 6 de Junho de 2002. (Poster com discussão)  
Mundo Médico 2002; Novembro/Dezembro:93-4. (Publicação)  
Clinical Immunology and Allergy in Medicine, Proceedings of the EAACI 2002 Congress, Naples, Italy”.

**RESUMO:** *Immulite*<sup>®</sup>2000 Allergy is a chemiluminescence *in vitro* method based on a liquid allergen technology. This new diagnostic test is the first fully automated random access method for allergen-specific IgE determinations. Purpose: The aim of this study was to evaluate the performance of *Immulite*<sup>®</sup>2000 for allergy diagnosis, in comparison with clinical history and skin prick tests (SPT). Material and Methods: We studied a total of 173 subjects: 141 patients with asthma and/or rhinitis, sensitized to common aeroallergens (inhalants population), with a mean age of 20.2 years and a M/F ratio of 0.8/1; 32 healthy subjects (control group), with a mean age of 29.3 years and a M/F ratio of 0.3/1. To all the subjects we performed SPT and serum determination of specific IgE by *Immulite*<sup>®</sup>2000 (DPC-Amerlab) and UniCAP<sup>®</sup> (Pharmacia) for *Dermatophagoides pteronyssinus* (D1), *Dermatophagoides farinae* (D2), *Dactylis glomerata* (G3), *Phleum pratense* (G6), *Olea europaea* (T9), *Parietaria officinalis* (W19), *Alternaria tenuis* (M6) and cat epithelium (E1). Results: Comparing *Immulite*<sup>®</sup>2000 specific IgE with clinical history and SPT, we obtained for all the aeroallergens tested a 100% specificity and positive predictive value. For D1 (n=149): sensitivity (S)=97%, negative predictive value (NPV)=91% and efficiency (E)=98%; total agreement with UniCAP<sup>®</sup>=98%. For D2 (n=136): S=97%, NPV=91% and E=98%; total agreement with UniCAP<sup>®</sup>=97%. For G3 (n=94): S=83%, NPV=73% and E=88%; total agreement with UniCAP<sup>®</sup>=94%. For G6 (n=87): S=80%, NPV=74% and E=87%; total agreement with UniCAP<sup>®</sup>=90%. For T9 (n=59): S=78%, NPV=84% and E=90%; total agreement with UniCAP<sup>®</sup>=93%. For W19 (n=57): S=92%, NPV=94% and E=97%; total agreement with UniCAP<sup>®</sup>=93%. For M6 (n=48): S=75%, NPV=89% and E=92%; total agreement with UniCAP<sup>®</sup>=87%. For E1 (n=68): S=92%, NPV=91% and E=96%; total agreement with UniCAP<sup>®</sup>=90%. Including all the allergens tested (n=698): S=90%, NPV=86% and E=94%. Conclusions: *Immulite*<sup>®</sup>2000 Allergy was found to have an excellent performance for *in vitro* allergy diagnosis. A very good sensitivity, specificity and efficiency diagnostic for the tested common aeroallergens were obtained, in comparison to clinical history and SPT. We also found a good agreement with the other *in vitro* method.

## **SIBILÂNCIA RECORRENTE NA INFÂNCIA: FACTORES DE RISCO PARA ASMA ACTIVA EM IDADE ESCOLAR**

M M Almeida, Â Gaspar, G Pires, S Prates, C Braga, T A Vau, A Romeira, G Sampaio, E Pargana, C Teixeira, N Godinho, C Arêde, J Rosado Pinto

Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

XXI Reunião Anual da Academia Europeia de Alergologia e Imunologia Clínica (EAACI)

Nápoles, 1 a 6 de Junho de 2002 –( Poster com discussão) **Prémio Científico “JMA Poster Prize”**.

XXIII Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC)

Porto, 10 a 12 de Outubro de 2002 (Comunicação oral)

Mundo Médico 2002; Setembro/Outubro:142-3. (Publicação em texto integral)

**RESUMO:** A sibilância recorrente na infância é uma entidade clínica prevalente e heterogénea do ponto de vista da história natural e do prognóstico. O conhecimento de significativas variações regionais, obriga à execução de estudos prospectivos nacionais.

**Objectivo:** Avaliar e correlacionar a evolução clínica da sibilância recorrente nos primeiros anos de vida, com factores de prognóstico associados com a persistência de sintomas.

**Material e Métodos:** Uma *coorte* de 308 crianças com sibilância recorrente, com idade ≤6 anos, foi incluída num estudo prospectivo em 1993 (questionário, testes cutâneos por *prick* (TC) e doseamento sérico de IgE total). Entre Out/00-Dez/01 foram reavaliadas 80% das crianças (n=245), com repetição dos TC e realização de espirometria (FR) com prova de broncodilatação (BD). Definições: “assintomático” sem sintomas e sem terapêutica preventiva há >12 meses; “atopia” pelo menos um TC positivo; “obstrução brônquica” VEMS

<80% e/ou DEM25-75% <65%; “prova de BD positiva” aumento do VEMS  $\geq$ 12% e/ou do DEM25-75%  $\geq$ 35%.

**Resultados:** As crianças reavaliadas apresentavam média etária de 11 anos (7-14 anos) e relação sexo M/F de 1.7/1. 61% permaneciam sintomáticas. A prevalência de atopia foi de 49% em 1993 e 76% em 2000/01. Verificou-se relação entre atopia (1993) e persistência de sintomas (RR=2.0, IC95%=1.6-2.5;  $p<0.01$ ). Das 124 crianças não atópicas em 1993, 64 (52%) desenvolveram sensibilização alérgica *de novo* (ácaros do pó >80%). Encontrou-se ainda relação entre manutenção de sintomas e asma materna (RR=1.4, IC95%=1.2-1.7;  $p<0.01$ ), antecedentes de rinite e/ou eczema (RR=5.1, IC95%=2.4-10.8;  $p<0.01$ ), início dos sintomas  $\geq$ 2 anos de idade (RR=1.5, IC95%=1.3-1.9;  $p<0.01$ ) e IgE total  $\geq$ 50kU/l (RR=2.2, IC95%=1.5-3.3;  $p<0.01$ ). A frequência de infantário, antes dos 12 meses de idade, foi identificada como factor protector (RR=0.7, IC95%=0.5-0.9;  $p=0.03$ ). Sexo masculino, existência de irmãos, tabagismo passivo e presença de animais domésticos não foram identificados como factores de risco. Apresentavam obstrução brônquica 37% das crianças: 49% das sintomáticas e 18% das assintomáticas ( $p<0.01$ ). A prova de BD foi positiva em 34%: 47% nos sintomáticos e 13% nos assintomáticos ( $p<0.01$ ).

**Conclusões:** Foram identificados como factores de prognóstico para asma activa em idade escolar: antecedentes de rinite e/ou eczema, IgE total  $\geq$ 50kU/l, sensibilização alérgica, início de sintomas na segunda infância e asma materna. Os sintomas clínicos podem preceder em anos a sensibilização alérgica, realçando a importância da instituição precoce de medidas de controlo ambiental. Alterações na FR foram mais frequentes nas asma activas, existindo crianças actualmente sem clínica com FR alterada, reforçando a necessidade de valorizar marcadores subjectivos e objectivos nesta cada vez mais prevalente doença respiratória crónica.

## INSECTOS E ALERGIA – CASO CLÍNICO

Paulo Vera-Cruz\*, Mário Morais-Almeida\*\*, Cristina Santa-Marta\*\*, José Rosado-Pinto\*\*

\* Serviço de Otorrinolaringologia, Hospital de São José, Lisboa

\*\* Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

Ver. Port. ORL 2002 Dez;40(4):341-44

**RESUMO:** Os autores apresentam um caso clínico de rinite alérgica persistente, por monossensibilização a alérgenos de barata, situação pouco frequente na prática clínica, mas justificando ser recordada quando a identificação de um alérgeno mais comum não é efectuada, bem como nos casos clínicos graves de alergia das vias aéreas. Importa salientar que em vários países foi já identificada a sensibilização a alérgenos de barata como um significativo factor de risco para a gravidade de doenças atópicas, como da asma brônquica, sendo as medidas de evicção muito difíceis de aplicar, tornando quase impossível a erradicação destes insectos do meio doméstico.

**Palavras-chave:** Alergia, rinite, barata, diagnóstico, gravidade

## ASMA INDUZIDA PELO EXERCÍCIO NA CRIANÇA: DO CONHECIMENTO À TERAPÊUTICA

Gonçalo Cassiano Santos, Ângela Gaspar, Mário Morais de Almeida, José Rosado Pinto

Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

Cadernos de Imuno-Alergologia Pediátrica 2002; 7(1/2):11-7.

**RESUMO:** A AIE ocorre em até 80% das crianças asmáticas, podendo interferir significativamente com as actividades diárias, nomeadamente participação escolar e recreativa. Os autores apresentam o caso clínico de uma criança de 12 anos, com asma desde os primeiros anos de vida, controlada com evicção alérgica e corticoterapia inalada. Aos 10 anos de idade, coincidente com início de actividade desportiva mais intensa, verifica-se a ocorrência de AIE. Efectuou prova de esforço, com redução do VEMS de 53%. Instituiu-se terapêutica com broncodilatador  $\beta_2$ adrenérgico de longa acção e duplicou-se a dose do corticosteróide inalado. Após 6 meses de tratamento, as queixas encontravam-se melhoradas, mas não controladas, evidenciando prova de esforço positiva (redução do VEMS de 12%). A reversão da positividade da prova ocorreu com a adição de montelucaste, associada a dose baixa do corticosteróide inalado, encontrando-se a

criança assintomática. Os anti-leucotrienos podem ter um papel relevante no controle da AIE, permitindo melhorar a qualidade de vida da criança asmática.

## **OBJECTIVE MARKERS AND CLINICAL OUTCOME OF CHILDREN RECURRENT WHEEZING**

E Pargana, Â Gaspar, T Almeida, C Braga, A Romeira, G Sampaio, C Teixeira, S Prates, G Pires, N Godinho, C Arêde, M Morais Almeida, J Rosado Pinto.

Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

CIPP V (5<sup>ème</sup> Congrès International de Pneumologie Pédiatrique)

Nice, 18 a 21 de Fevereiro 2002 (Comunicação) **Prémio Científico “Young Investigator Award”**.

**RESUMO:** Childhood recurrent wheezing is a complex and heterogeneous clinical entity, prevalent in the first years of life. Purpose: The aim of this study was to evaluate and correlate clinical evolution, allergenic sensitisation and present lung function tests in a group of children with history of recurrent wheezing during the first years of life. Methods: A cohort of 308 children with recurrent wheezing, aged  $\leq 6$  years, was enrolled in a prospective study in 1993. Between October 2000 and August 2001 we re-evaluated 200 of those children by a clinical questionnaire and repeated the skin prick tests (SPT). Lung function tests - spirometry with assessment of bronchodilator response (BDR) - were performed to 164 children. Children who were symptom free and without preventive therapy during the last 12 months were defined as asymptomatic. Atopy was defined as the existence of at least one positive SPT. Bronchial obstruction was defined as  $FEV_1 < 80\%$  and/or  $FEF_{25-75\%} < 65\%$ . We considered a positive BDR when there was an increase in  $FEV_1 \geq 12\%$  and/or  $FEF_{25-75\%} \geq 35\%$ . All children were symptom free at the time of lung function testing. Results: The children had mean age of 11 years (7-14 years) and ratio M/F of 1.6/1. In 2000/01 59% of the children remained symptomatic. The prevalence of atopy was 47% in 1993, 62% in 1996 and 75% in 2000/01. There was a relation between the presence of allergenic sensitisation (1993) and the persistence of symptoms (2000/01): symptoms persisted in 78% of atopic vs 44% of non atopic children ( $p < 0.001$ ). Among the 106 non atopic children at the beginning of the study, 22 (21%) developed allergenic sensitisation in 1996 and 34 (32%) in 2000/01. House dust mites were the main allergens ( $> 80\%$ ). Bronchial obstruction was found in 32% of the whole group: 44% of symptomatic and 13% of asymptomatic children ( $p < 0.001$ ). A positive BDR was found in 52 children, 42% of symptomatic and 15% of asymptomatic children ( $p = 0.001$ ). Conclusions: Allergenic sensitisation was identified as a prognostic risk factor for persistence of symptoms. In a significant number of children symptoms might occur years before allergenic sensitisation, stressing the importance of adequate allergen avoidance measures. Bronchial obstruction and positive BDR were significantly more frequent in symptomatic children. However we found a considerable number of cases without present symptoms but showing abnormal lung function tests; in these cases, a deeper lung function evaluation must be performed and a therapeutic intervention should be considered.

## **CHILDHOOD ASTHMA: A RE-EVALUATION STUDY FIVE YEARS AFTER HOSPITAL DISCHARGE**

Luis Miguel Borrego, Susana Marinho, Ângela Gaspar, Mário Morais Almeida, José Rosado Pinto

Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

CIPP V (5<sup>ème</sup> Congrès International de Pneumologie Pédiatrique)

Nice, 18 a 21 de Fevereiro de 2002 (Comunicação oral)

**RESUMO:** Childhood asthma represents an increasing health problem, being the leading cause of hospital admission in children with chronic disease.

**Purpose:** The aim of this study was to re-evaluate all children who were admitted to our Department for asthma during a two-year period (1995/1996), five years after hospital discharge.

**Methods:** During August 2001 a questionnaire was telephonically applied to a group of 87 children from the initial 128 who were admitted to our Department during the referred period. These 128 children were submitted to a questionnaire and skin prick tests in a previous study concerning risk factors for hospital admission (*Allergy* 1997;52(suppl.37):63), performed shortly after discharge.

**Results:** Our sample (n=87) had a mean age of 9.7 years (5-21 years) and a M/F ratio of 1.2/1. Family history of atopy and asthma was present, respectively, in 95% and 89% of these children; personal history of allergic diseases was present in 55%; 67% of them were atopic (mainly to house dust mites); 44% had been admitted previously to 1995; environmental tobacco smoke exposure was present in 55%; 62% had specialised medical care and 38% were taking preventive medication. In the year previous to this re-evaluation 71% of these children were still symptomatic. Posterior emergency room visits occurred in 73% and 19 children (22%) had subsequent hospital admissions for asthma (corresponding to 31 admissions); of these, 10 had regular follow-up in our Department. Comparing this group of 19 children with those who had no hospital readmissions: family history of asthma (parents and/or siblings) was found in 90% vs 57%; 63% vs 41% were female; 63% vs 38% had prior hospital admissions (before 1995); 87% vs 61% were atopic (mainly to house dust mites). These differences were statistically significant.

**Conclusions:** In our studied population, 22% of the asthmatic children had subsequent hospital admissions for asthma. Female gender, family history of asthma (parents and/or siblings), prior asthma hospitalisations (asides from the one occurring during the period of 1995/1996) and indoor allergen sensitisation were associated with asthma readmissions.

### **ATOPY AND CHILDHOOD RECURRENT WHEEZING -AN 8YEAR PROSPECTIVE STUDY**

M.M.Almeida, Â. Gaspar, S. Prates, G. Pires, A Romeira, C Braga, T Almeida, G Sampaio, C. Teixeira, E Pargana, N Godinho, C Arêde, J Rosado Pinto

Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa.

58ª Reunião Annual da Academia Americana de Alergia, Asma e Imunologia (AAAAI), Nova Iorque, 1 a 6 de Março de 2002. (Comunicação oral)

**RESUMO:** Childhood recurrent wheezing is a complex and heterogeneous clinical entity, prevalent in the first years of life, that can have different underlying etiopathogenesis, related with different risk and prognostic factors. The aim of this work was to evaluate the importance of allergenic sensitisation as a predictive factor for persistence of symptoms in children with history of recurrent wheezing during the first years of life. Methods: A cohort of 308 children with recurrent wheezing, aged  $\leq 6$  years, was enrolled in a prospective study in 1993. Between October 2000 and August 2001 we re-evaluated 200 of those children by a clinical questionnaire and repeated the skin prick tests (SPT). Atopy was defined as the existence of at least one positive SPT. Children who were symptom free and without preventive therapy during the last 12 months were defined as asymptomatic. Results: The children had mean age of 11 years (7-14 years) and gender ratio M/F of 1.6/1. The prevalence of atopy was 47% in 1993, 62% in 1996 and 75% in 2000/01. In 2000/01 59% of the children remained symptomatic. There was a relation between the presence of allergenic sensitisation in 1993 and the persistence of symptoms in 2000/01. Symptoms persisted in 78% of atopic *versus* 44% of non atopic children ( $p < 0.001$ ). SPT showed positive predictive value of 78% and negative predictive value of 58% in what concerns the clinical outcome of childhood bronchial asthma. Among the 106 non atopic children at the beginning of the study, 22 (21%) developed allergenic sensitisation in 1996 and 34 (32%) in 2000/01. House dust mites were the main allergens (>80%). Conclusions: Allergenic sensitisation was identified as a prognostic risk factor for persistence of symptoms in childhood bronchial asthma. In a significant number of children symptoms might occur years before allergenic sensitisation, stressing the importance of adequate allergen avoidance measures.

### **CHILDHOOD RECURRENT WHEEZING - OBJECTIVE AND SUBJECTIVE EVALUATION**

T Almeida, A Gaspar, C Braga, A Romeira, G Sampaio, C Teixeira, S Prates, G Pires, E. Pargana,

N Godinho, C. Arêde, M M Almeida, J Rosado Pinto

Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa.

58ª Reunião Annual da Academia Americana de Alergia, Asma e Imunologia (AAAAI)

Nova Iorque, 1 a 6 de Março de 2002. (Poster com discussão)

**RESUMO:** Childhood recurrent wheezing is a heterogeneous disease in what concerns the clinical outcome. Prospective studies may help to clarify the evolution and prognosis of these children. The aim of this work was

to evaluate the clinical evolution and present lung function tests in a group of children referred to us 8 years ago for recurrent wheezing. Methods: In 1993 a cohort of 308 children with recurrent wheezing was enrolled in a prospective study. Between October 2000 and August 2001 we re-evaluated 200 of those children by a clinical questionnaire and lung function tests: spirometry with assessment of bronchodilator response (BDR). Children who were symptom free and without preventive therapy during the last 12 months were defined as asymptomatic. Bronchial obstruction was defined as  $FEV1 < 80\%$  and/or  $FEF_{25-75} < 65\%$ . We considered a positive bronchodilator response when there was an increase in  $FEV1 \geq 12\%$  and/or in  $FEF_{25-75} \geq 35\%$ . All children were symptom free at the time of lung function testing. Results: Clinical re-evaluation and lung function testing were performed to 164 children. Mean age of 11 years (7-14 years) and gender ratio M/F of 1.6/1. Symptoms persist in 102 children (62%). We found bronchial obstruction in 32% of the whole group. This occurs in 44% of the symptomatic and 13% of the asymptomatic children ( $p < 0.001$ ). A positive BDR was found in 52 children, 42% of the symptomatic and 15% of the asymptomatic children ( $p = 0.001$ ). Symptomatic children with bronchial obstruction showed a positive BDR in 73% of the cases. Conclusions: Basal lung function tests are normal in most of the studied children. Bronchial obstruction and positive BDR were significantly more frequent in symptomatic children. However we found a considerable number of cases without present symptoms but showing abnormal lung function tests. In these cases a deeper lung function evaluation must be performed and a therapeutic intervention should be considered.

## **FOOD CHALLENGES IN CHILDREN IN A HOSPITAL DAY CARE UNIT -SAFETY EVALUATION**

Ângela Gaspar, Sara Prates, Graça Sampaio, Graça Pires, Cristina Santa Marta, Mário Morais de Almeida, José Rosado Pinto

Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa.

58ª Reunião Annual da Academia Americana de Alergia, Asma e Imunologia (AAAAI), Nova Iorque, 1 a 6 de Março de 2002. (Poster com discussão)

**RESUMO:** The risk of food challenges imply that they must be performed in hospital setting. Hospitalisation however, has socio-economic implications, such as high costs and work / school absenteeism. In the particular case of children it also has a negative psychological impact. The most severe reactions are usually IgE mediated and symptoms develop during the first hours after ingestion. Thus, our department developed since 1996 a day care unit for challenge procedures. Since then more than 600 challenges have been performed, mainly in children, without serious adverse events. Purpose: to analyse the food challenges performed in children during 18 months (January 2000 - June 2001), evaluating in particular the resulting symptoms and safety aspects. Methods: Among the challenges performed during that period we selected and reviewed the clinical charts of all children who underwent a food challenge. We analysed data concerning the methods and results of the procedures, symptoms and their reproducibility, therapeutic approach in the case of positive challenge and foods involved. Results: We identified 116 challenges, corresponding to 91 children. Mean age 37 months (2-167 months). There were 49 diagnostic and 67 follow-up challenges and we used an open or in alternative single blinded methodology, according to the children's age. We obtained positive results in 25% ( $n=29$ ). Tested foods were: Milk (74), egg (26), fish (9), garlic (2), wheat, soy, peach, spinach and walnut (1 case each). The symptoms were mainly mucocutaneous ( $n=21$  - urticaria, angioedema). A smaller number of patients had gastrointestinal ( $n=14$ ) or respiratory ( $n=12$ ) symptoms and only one had hypotension. There was a good correlation between the pattern of symptoms elicited by the challenge and the ones referred in the clinical history. All reactions reverted with oral antihistamines, nebulized salbutamol, systemic steroids or sub-cutaneous adrenaline, as needed. There were no late reactions after discharged and none of the children had to be hospitalised. Conclusions: Our protocol showed to be safe and adequate to the diagnosis and follow-up of food allergic children. In most cases the clinical history reliably previews the symptoms which can be expected from the challenge. This procedure avoids a considerable number of hospitalisations.

## **“EVALUATION OF EFFECTIVELY OF A PEDIATRIC EDUCATIONAL PROGRAM FOR ASTHMATIC CHILDREN”**

Costa M R S R\*, Pinto P L\*\*, Pinto J E R\*\*, Pinto V R\*\*, Alves R F\*, Fernandes A L G\*.

\*Federal University of São Paulo/Maranhão and \*\*Hospital Dona Estefânia de Lisboa

American Thoracic Society 2002

Atlanta, 17 a 24 de Maio de 2002. (poster)

XVIII Congresso de Pneumologia /II Congresso Luso-Brasileiro de Pneumologia

Santa Maria da Feira, 14 a 16 de Novembro de 2002. (poster)

**RESUMO:** A educação é fundamental para uma abordagem com êxito do paciente asmático, de acordo com as recomendações actuais.

**OBJECTIVO:** Avaliar a eficácia dum programa educacional intensivo de uma semana, para crianças asmáticas, em relação à melhoria dos conhecimentos, às capacidades de utilização dos inaladores e ao controlo da asma.

**MÉTODOS:** 37 asmáticos, 14 F e 24 M (idades 8-10 anos) foram incluídos no estudo, tendo recebido um programa de ensino sobre asma, adaptado a crianças, tendo sido valorizado a cronicidade da doença e o treino das técnicas inalatórias. A escala dos conhecimentos sobre asma e do controlo da asma foram aplicadas no início e fim do programa. A técnica inalatória foi avaliada diariamente, paralelamente à aplicação do programa.

**RESULTADOS:** As crianças melhoraram significativamente os conhecimentos sobre os factores desencadeantes, medicação e exercício físico, na avaliação final (G Cochranep<0.001). A escala de controlo da asma melhorou significativamente (Wilcoxon p<0.05 ). As capacidades de utilização correcta da medicação inalada foram também significativamente superiores (Friedman p<0.001).

**CONCLUSÃO:** Um programa intensivo para crianças asmáticas melhora os conhecimentos e as competências das crianças com asma.

## **RINITE COMO FACTOR DE RISCO PARA A ASMA ACTIVA EM IDADE ESCOLAR**

M Plácido, Â Gaspar, M M Almeida, A Romeira, T A Vau, C Braga, G Sampaio, E Pargana, C Teixeira, G Pires, S Prates, N Godinho, C Arêde, J.R Pinto

Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

XXI Reunião Anual da Academia Europeia de Alergologia e Imunologia Clínica (EAACI), Nápoles, 1 a 6 de Junho de 2002 (Comunicação oral)

XXIII Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC), Porto, 10 a 12 de Outubro de 2002 (Comunicação oral)

“Clinical Immunology and Allergy in Medicine, Proceedings of the EAACI 2002 Congress, Naples, Italy”  
(Aceite para publicação em texto integral)

**RESUMO:** A rinite alérgica é a doença crónica mais prevalente em idade pediátrica e, em adultos, foi identificada como factor de risco independente para asma. Objectivo: Avaliar o impacto da rinite alérgica como factor de risco para a persistência de sintomas em crianças com sibilância recorrente nos primeiros anos de vida. Material e Métodos: Uma coorte de 308 crianças com sibilância recorrente, com idade ≤ 6 anos, foi incluída num estudo prospectivo em 1993. Entre Outubro de 2000 e Dezembro de 2001 foram reavaliadas 80% destas crianças (n=245), através de questionário clínico, repetição de testes cutâneos por prick (TC) e espirometria com prova de broncodilatação (BD). Definimos como assintomáticas as crianças que se apresentavam sem sintomas brônquicos e sem terapêutica preventiva há pelo menos 12 meses. Atopia foi definida como a existência de pelo menos um TC positivo. Obstrução brônquica foi definida como VEMS <80% e/ou DEM25-75% <65% e prova de BD positiva como aumento do VEMS ≥12% e/ou do DEM25-75% ≥35%. A espirometria foi realizada em período intercrise. Resultados: História cumulativa de rinite alérgica foi encontrada em 64% (n=156) das crianças reavaliadas. Estas crianças tinham uma idade média de 11.2 anos (7-14 anos) e uma relação sexo M/F de 1.8/1. Em 2000/01, 85% destas crianças

mantinham sintomas brônquicos. Encontrámos relação entre a existência de rinite alérgica e a persistência de sintomas brônquicos: 85% das crianças sibilantes com rinite mantinham-se sintomáticas vs apenas 19% das sem rinite (RR=4.4, IC95%=2.9-6.9; p<0.0001). A prevalência de atopia nas crianças com rinite foi de 90%. Encontrámos ainda relação entre a existência de rinite e o desenvolvimento de sensibilização alérgica de novo (p<0.0001): 70% das crianças com rinite no momento de inclusão no estudo desenvolveram sensibilização vs 36% das crianças sem rinite (RR=1.9, IC95%=1.3-2.8; p<0.0006). Em relação às provas de função respiratória, 53% das crianças com rinite apresentavam alterações funcionais (45% com obstrução brônquica e 40% com prova de BD positiva), sem diferenças significativas em relação à amostra global. Conclusões: A história pessoal de rinite alérgica foi identificada como factor de prognóstico para asma activa em idade escolar e como marcador positivo para sensibilização alérgica *de novo*.

### **FIXED ERUPTION: A TWO CASE REPORT SUGGESTING INTERACTION BETWEEN DRUG AND FEVER**

Teresa Almeida Vau, Carlos Neto Braga, Luis Miguel Borrego, Paula Leiria Pinto, José Rosado Pinto  
Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa  
XXI Reunião Anual da Academia Europeia Alergologia e Imunologia Clínica (EAACI), Nápoles, 1 a 6 de Junho de 2002 (Poster com discussão)  
XXIII Reunião Anual Sociedade Portuguesa Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC), Porto, 10 a 12 de Outubro de 2002 (Poster com discussão)

**RESUMO:** Fixed eruption may be related to drug intake. There are several drugs incriminated such as NSAID`s, sulfonamids, phenolphtalein and others. Identification of the implicated drug is essential for the management of fixed drug eruption. The causative drug and cross-reactants should be avoided to prevent recurrence. Until now, challenge has been the most reliable method for identifying causative drugs. Recently skin tests gained an important role concerning drug allergy. **Patient 1:** A 9 year-old boy with personal history of urticaria induced by ibuprofen and acetylsalicylic acid. He had three episodes of fixed drug eruption involving face, trunk and genitalia areas appearing two hours after paracetamol intake. These episodes were associated with fever. A patch test with paracetamol was performed, occurring a vasovagal reaction leading to the refusal of his parents to continue the test. A negative challenge test with paracetamol (cumulative dose-500mg) was performed three months after the reaction. One month later a similar reaction occurred after paracetamol intake during a fever episode, being controlled with anti-histamines and corticosteroids. **Patient 2:** A 21 year-old man with recurrent tonsillitis referred to our department for suspected penicillin allergy. He had two episodes of fixed drug eruption two hours after administration of amoxicilin and nimesulid. Prick and intradermal tests with major and minor penicillin determinants and amoxicillin (25 mg/ml) as well as oral challenge tests were performed being all negative (cumulative dose-2 gr.). As nimesulide is a common cause of fixed eruption, we performed an oral challenge test with meloxicam (0; 3,75; 7,5 mg), two months after the reaction, which was negative. Two months later a similar cutaneous reaction occurred after meloxicam intake during an episode of fever. Paracetamol intake had no reaction. **Conclusions:** NSAID`s may be related to eruption aetiology. Oral challenge tests aren't always a reliable method for identifying the causative drugs. Sometimes fixed eruptions due to NSAID`s occur only in presence of fever suggesting the existence of interactions between them.

### **ALERGIA A CARNE DE AVES NA CRIANÇA - CASO CLÍNICO**

Carlos Neto Braga, Céu Teixeira, Nila Godinho, Ângela Gaspar, Mário Morais de Almeida, José Rosado Pinto  
Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa  
XXI Reunião Anual da Academia Europeia Alergologia e Imunologia Clínica (EAACI), Nápoles, 1 a 6 de Junho de 2002 (Poster com discussão)  
XXIII Reunião Anual Sociedade Portuguesa Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC), Porto, 10 a 12 de Outubro de 2002 (Poster com discussão)

**RESUMO:** A alergia a carne de aves é uma entidade clínica pouco frequente, sendo habitualmente descrita no contexto de sensibilização concomitante ao ovo - síndrome *bird-egg*. Vários estudos têm demonstrado que esta síndrome se deve à existência de reactividade cruzada com proteínas de gema de ovo, particularmente a  $\alpha$ -livetina. Os autores apresentam o caso clínico de uma criança de 9 anos, do sexo masculino, sem antecedentes pessoais relevantes, que refere aos 4 anos de idade episódio de urticária generalizada poucos minutos após a ingestão de carne de frango. Posteriormente refere vários episódios semelhantes, sempre após a ingestão de carne de aves (galinha, pato e peru). Os sintomas regrediam espontaneamente após algumas horas. Até aos 4 anos de idade ingeria carne de aves sem qualquer reacção adversa. A ingestão de ovo, cozinhado ou cru, nunca induziu queixas. Foi referenciado à Consulta de Imunoalergologia onde foram realizados testes cutâneos por *prick* que se revelaram positivos para carne de frango, pato e peru (carne de frango: crua 10x6mm, cozinhada 12x12mm; carne de pato: crua 17x10mm, cozinhada 17x9mm; carne de peru: crua 14x11mm, cozinhada 13x9mm). Os testes cutâneos foram negativos para extractos alergénicos normalizados de aeroalergenos (ácaros, pólenes, fungos, cão e gato) e ovo (clara e gema). A avaliação analítica revelou IgE total de 276kU/l e doseamentos de IgE específica positivos para carne de frango (crua: 2,0kU/l; cozida: 1,6kU/l), carne de pato (crua: 3,7kU/l; cozida: 1,8kU/l) e carne de peru (crua: 3,2kU/l; cozida: 2,0kU/l). O estudo de inibição demonstrou reactividade cruzada entre as proteínas da carne destas aves. Foi recomendada a evicção de carne de aves, mantendo-se assintomático. Em conclusão, os autores descrevem um caso clínico raro de uma criança com alergia a carne de aves, sem sensibilização concomitante ao ovo. Este caso sugere que ocorre expressão de novas proteínas durante a evolução de ovo para galinha. A existência de reactividade cruzada entre as proteínas da carne das diversas aves justifica o quadro clínico.

### **ALERGIA AO LÁTEX - EFICÁCIA DIAGNÓSTICA DOS TESTES CUTÂNEOS**

Graça Pires\*, Ângela Gaspar\*, Ana Margarida Romeira\*, Nila Godinho\*, Eulália Calado\*\*, Mário Morais de Almeida\*, José Rosado Pinto\*

\*Serviço de Imunoalergologia e \*\*Serviço de Neurologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

XXI Reunião Anual da Academia Europeia de Alergologia e Imunologia Clínica (EAACI), Nápoles, 1 a 6 de Junho de 2002 (Poster com discussão)

XXIII Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC), Porto, 10 a 12 de Outubro de 2002 (Comunicação oral)

**RESUMO:** A alergia ao látex representa um importante problema de saúde. Os extractos de látex utilizados na realização de testes cutâneos variam consideravelmente na sua concentração, estabilidade e composição alergénica. Escasseiam estudos comparando diferentes extractos comerciais.

**Objectivo:** Avaliar a eficácia diagnóstica e a segurança de extractos comerciais de látex. **Material e Métodos:** Foram estudados 46 doentes com clínica de alergia ao látex, todos com sintomas mucocutâneos (urticária) e 9 com anafilaxia, pertencendo a diferentes grupos de risco (12 com espinha bífida, 9 com outras anomalias congénitas submetidos a múltiplas intervenções cirúrgicas e 25 profissionais de saúde). Foi utilizado um grupo controlo, constituído por 30 doentes da Consulta de Imunoalergologia, sem clínica sugestiva de alergia ao látex. A todos os doentes foram efectuados questionário e testes cutâneos por *prick* (TC) com 5 extractos comerciais de látex (CBF-Leti, ALK-Abelló, Bial-Aristegui, Stallergènes e Lofarma). Foi efectuada determinação de sensibilidade (S), especificidade (E), valor predictivo negativo (VPN), valor predictivo positivo (VPP) e eficiência diagnóstica dos TC. **Resultados:** Extractos CBF-Leti e ALK-Abelló: S, VPN e eficiência de 100%. Extracto Bial-Aristegui: S-93%, VPN-91% e eficiência-96%. Extracto Stallergènes: S-91%, VPN-88% e eficiência-95%. Extracto Lofarma: S-85%, VPN-81% e eficiência-91%. Para todos os extractos obtivemos E e VPP de 100%. Os diâmetros médios das pápulas foram: 8.8 ( $\pm$ 4.5) mm para CBF-Leti, 6.5 ( $\pm$ 2.9) mm para ALK-Abelló, 5.8 ( $\pm$ 3.1) mm para Bial-Aristegui, 6.0 ( $\pm$ 2.9) mm para Stallergènes e 4.6 ( $\pm$ 1.4) mm para Lofarma ( $p < 0.01$ ). Todos os TC foram efectuados sem ocorrência de qualquer reacção adversa.

**Conclusões:** Os testes cutâneos são um método seguro e eficiente de diagnóstico de alergia ao látex. Os extractos de látex CBF-Leti e ALK-Abelló demonstraram a melhor *performance* diagnóstica. Os extractos Bial-Aristegui e Stallergènes revelaram-se também eficientes. Salienta-se a importância destes estudos na validação de extractos, quanto à sua potência e eficácia diagnóstica.

## **ASMA NA INFÂNCIA: ESTUDO REAVALIATIVO CINCO ANOS APÓS A ALTA HOSPITALAR**

Susana Marinho, Luis Miguel Borrego, Ângela Gaspar, Mário Morais de Almeida, José Rosado Pinto

Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

XXI Reunião Anual da Academia Europeia de Alergologia e Imunologia Clínica (EAACI)

Nápoles, 1 a 6 de Junho de 2002. (Poster com discussão)

XXIII Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC)

Porto, 10 a 12 de Outubro de 2002 (Comunicação oral)

**RESUMO:** A asma brônquica representa a principal causa de internamento em crianças com doença crónica. Num estudo caso-controlo prévio, todas as crianças internadas no Serviço de Imunoalergologia durante o período de 1995/96, bem como um grupo controlo de crianças asmáticas observadas em ambulatório no mesmo período de tempo, foram avaliadas através de questionário e testes cutâneos por *prick* com o fim de estudar factores de risco para hospitalização (*Allergy Asthma Proc*, 2002).

**Objectivo:** Reavaliação de ambos os grupos de crianças do estudo anterior, cinco anos após a inclusão no mesmo com o propósito de avaliar taxas de reinternamento e factores de risco associados.

**Material e Métodos:** Durante o último semestre de 2001 foi aplicado telefonicamente um inquérito aos doentes anteriormente referidos como internados (I) e seguidos em ambulatório (A), num total de 174 doentes (87 em cada grupo).

**Resultados:** Média etária: I - 9.7 anos (5-21); A - 10 anos (5-19). Relação sexo M/F: I - 1.2/1; A - 1.4/1. História familiar de atopia e asma: I - 95 e 89%; A - 87 e 67%. História pessoal de doenças alérgicas: I - 55%; A - 52%. Sensibilização alérgica: I - 67%; A - 53%. Internamentos anteriores a 1995: I - 44% e A - 9%. Tabagismo passivo: I - 55%; A - 54%. Seguimento em consulta médica diferenciada: I - 62%; A - 95%. Medicação preventiva diária: I - 38%; A - 40%. Asma activa (sintomas no ano transacto a esta reavaliação): I - 71%; A - 53%. Recurso posterior ao Serviço de Urgência por asma: I - 73%; A - 62%. Internamentos posteriores por asma: I - 22% (19 doentes), correspondendo a 31 internamentos; A - 9% (8 doentes), correspondendo a 15 internamentos ( $p=0.02$ ). No grupo I, comparando os 19 doentes com reinternamentos posteriores com os restantes: história familiar de asma estava presente em 90 vs 57% ( $p=0.01$ ); 87 vs 61% eram atópicos ( $p=0.01$ ); 63 vs 38% tinham história de internamentos prévios a 1995 ( $p=0.03$ ) e 63 vs 41% eram do sexo feminino ( $p=0.04$ ). No grupo A não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os 8 doentes com internamentos posteriores e os restantes. **Conclusões:** No grupo inicial de doentes internados verificou-se a existência de um número significativamente superior de internamentos hospitalares posteriores a 1995/96. A existência de história familiar de asma, sensibilização alérgica, internamentos anteriores a 1995 e sexo feminino, foram associados a reinternamento hospitalar por asma e, conseqüentemente, a um pior prognóstico. Estes resultados salientam a necessidade de uma melhor caracterização e identificação destes doentes que, apesar de terem na sua maioria seguimento médico diferenciado, têm maior risco de internamento hospitalar.

## **PERSISTENT COW'S MILK ALLERGY IN CHILDREN. A FOLLOW UP STUDY.**

Graça Sampaio\*, Teresa Almeida\*, Sara Prates\*, Cristina Arêde\*, Virgínia Loureiro\*, Vitória Matos\*, Rita Murta\*\*, Mário M. Almeida\*, JE Rosado Pinto\*

\* Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia; \*\* DPC-Amerlab, Lisboa, Portugal.

XXI Reunião Anual da Academia Europeia de Alergologia e Imunologia Clínica (EAACI)

Nápoles, 1 a 6 de Junho de 2002 (Comunicação Oral)

“Clinical Immunology and Allergy in Medicine, Proceedings of the EAACI 2002 Congress, Naples, Italy”. (Aceite para publicação em texto integral)

### **RESUMO:**

Cow's milk allergy (CMA) is usually a transient condition. However, in a few cases persists until late childhood.

**Purpose:** Clinical and laboratorial characterisation of a population with persistent CMA (> 3 years of disease).

**Methods:** We reviewed the clinical data of 31 children with persistent CMA, attending our outpatient clinic until December 2001. Skin prick tests (SPT) to cow's milk (CM), its protein fractions and to common environmental allergens were performed to all children. Serum specific IgE was determined and immunoblotting to CM was performed.

**Results:** Mean age: 6,4 years (3,3-11,7). mean duration of CMA: 5,9 years (3-11,6). M/F ratio: 1,8/ 1. Family history of atopy: 74%. CM ingestion in the first day of life: 77%. Onset of CMA in 93,5% of the cases within 2 weeks after the introduction of CM in the diet. First symptoms: mucocutaneous (90,3%), gastrointestinal (35,5%), respiratory (3,2%). Last symptoms (open challenge): mucocutaneous (87,1%), gastrointestinal (32,3%), respiratory (32,3%), anaphylaxis (3,2%). During the last 15 months, 6 children acquired tolerance to CM. SPT to CM were positive in all children, independently of the tolerance to CM. Serum specific IgE was positive in 85,2% of the cases. There were children with active CMA who had negative or low mean values of serum specific IgE. Negative immunoblotting was associated to negative or low mean values of serum specific IgE, independently of clinical tolerance. Other allergic diseases were found in 80,6% of the cases: asthma (67,7%), allergic rhinitis (41,9%), atopic dermatitis (38,7%) and other food allergies (29%). Among the children who had respiratory symptoms associated with the ingestion of CM, 81,8% had asthma. SPT revealed sensitisation to common environmental allergens in 64,5% of the cases and to other food allergens in 45,2% of the cases.

**Conclusions:** Risk factors for CMA occurred in a high percentage, emphasising the importance of primary prevention. In the studied population there was a high rate of sensitisation to common environmental and other food allergens as well as a high prevalence of asthma and other food allergies. In an individual approach, in vivo and in vitro diagnostic tests are not a reliable method to determine the tolerance state. The challenge procedure is the only way to ascertain the clinical tolerance.

## **EGG ALLERGY - TO BE OR NOT TO BE BOILED**

Ana Margarida Romeira, Graça Pires, Ângela Gaspar, Cristina Arêde, Mário Morais de Almeida, José Rosado Pinto

Serviço de Imunoalergologia, Hospital Dona Estefânia, Lisboa

XXI Reunião Anual da Academia Europeia de Alergologia e Imunologia Clínica (EAACI)

Nápoles, 1 a 6 de Junho de 2002. (Poster com discussão)

*Allergy*, 2003. (Aceite para publicação em texto integral)

**RESUMO:** Egg allergy is the second cause of food allergy in our outpatients - 30% (*Allergy* 2000;55(suppl.63):52). We report 4 cases of patients with IgE mediated egg allergy, who, although with negative food challenges to cooked eggs, had severe allergic reactions to raw eggs afterwards. **Case 1:** 5-year-old boy, with a history of asthma and rhinitis. The first contact with egg, at the age of 8 months, was followed by angioedema and generalized urticaria. He followed a restricted egg diet until the age of 3; at this point, an open challenge with boiled egg was performed, which was negative. Later, the child ate scrambled eggs, with development of generalized urticaria and labial angioedema. **Case 2:** 8-year-old boy, with a history of cow's milk allergy, atopic dermatitis, asthma and rhinitis. Due to a positive egg skin prick test, he was put on an egg-free diet. At the age of 6, an open challenge with boiled egg was performed, which was negative. Later, he ingested raw egg, which was followed by an anaphylactic reaction with laryngeal angioedema. **Case 3:** 3-year-old boy, with a history of cow's milk allergy and atopic dermatitis. Since the first year of life, he had eaten boiled eggs, with no symptoms. At 19 months of age, and after the ingestion of raw eggs, he developed generalized urticaria. **Case 4:** 9-year-old boy, with a history of atopic dermatitis, asthma, rhinitis and fish, peach and nuts allergy. At 8 months of age, he ate scrambled eggs with the development of urticaria and labial angioedema. This food was withdrawn from his diet. An open challenge with boiled egg was performed at 2,5 years old, which was negative. Later, the ingestion of raw egg was followed by the appearance of labial angioedema and facial urticaria. The 4 patients have egg skin prick test positive and all of them maintain the ingestion of boiled eggs with no symptoms.

**Discussion:** These reports alert to the possibility of severe reactions to raw eggs, even in the presence of a negative follow-up challenge with boiled eggs. It is commonly believed that major food allergens are stable after heat treatment or proteolysis. However, there are recent studies showing reduced IgE binding to denaturated ovomucoid; this can be a possible explanation to the boiled egg tolerance in these cases.

Nowadays, in face of these data, in children with egg allergy we perform two challenges: with cooked and raw eggs.

### **NEW IN VITRO DIAGNOSTIC METHOD IN ALLERGY: IMMULITE® 2000**

MM Almeida\*, Â Gaspar\*, S Prates\*, Rita Murta\*\*, Virgínia Loureiro\*, Vitória Matos\*, C Arêde\*, Céu Teixeira\*, CMarta\*, G Pires\*, N Godinho\*, JRP\*

\*Serviço de Imunoalergologia, Hospital Dona Estefânia, \*\*DPC Amerlab, Lisboa

XXI Reunião Anual da Academia Europeia de Alergologia e Imunologia Clínica (EAACI)

Nápoles, 1 a 6 de Junho de 2002. (Poster com discussão)

Mundo Médico 2002; Novembro/Dezembro:93-4. (Publicação)

Clinical Immunology and Allergy in Medicine, Proceedings of the EAACI 2002 Congress, Naples, Italy”.

**RESUMO:** *Immulite®2000 Allergy* is a chemiluminescence *in vitro* method based on a liquid allergen technology. This new diagnostic test is the first fully automated random access method for allergen-specific IgE determinations. Purpose: The aim of this study was to evaluate the performance of Immulite®2000 for allergy diagnosis, in comparison with clinical history and skin prick tests (SPT). Material and Methods: We studied a total of 173 subjects: 141 patients with asthma and/or rhinitis, sensitized to common aeroallergens (inhalants population), with a mean age of 20.2 years and a M/F ratio of 0.8/1; 32 healthy subjects (control group), with a mean age of 29.3 years and a M/F ratio of 0.3/1. To all the subjects we performed SPT and serum determination of specific IgE by Immulite®2000 (DPC-Amerlab) and UniCAP® (Pharmacia) for *Dermatophagoides pteronyssinus* (D1), *Dermatophagoides farinae* (D2), *Dactylis glomerata* (G3), *Phleum pratense* (G6), *Olea europaea* (T9), *Parietaria officinalis* (W19), *Alternaria tenuis* (M6) and cat epithelium (E1). Results: Comparing Immulite®2000 specific IgE with clinical history and SPT, we obtained for all the aeroallergens tested a 100% specificity and positive predictive value. For D1 (n=149): sensitivity (S)=97%, negative predictive value (NPV)=91% and efficiency (E)=98%; total agreement with UniCAP®=98%. For D2 (n=136): S=97%, NPV=91% and E=98%; total agreement with UniCAP®=97%. For G3 (n=94): S=83%, NPV=73% and E=88%; total agreement with UniCAP®=94%. For G6 (n=87): S=80%, NPV=74% and E=87%; total agreement with UniCAP®=90%. For T9 (n=59): S=78%, NPV=84% and E=90%; total agreement with UniCAP®=93%. For W19 (n=57): S=92%, NPV=94% and E=97%; total agreement with UniCAP®=93%. For M6 (n=48): S=75%, NPV=89% and E=92%; total agreement with UniCAP®=87%. For E1 (n=68): S=92%, NPV=91% and E=96%; total agreement with UniCAP®=90%. Including all the allergens tested (n=698): S=90%, NPV=86% and E=94%. Conclusions: *Immulite®2000 Allergy* was found to have an excellent performance for *in vitro* allergy diagnosis. A very good sensitivity, specificity and efficiency diagnostic for the tested common aeroallergens were obtained, in comparison to clinical history and SPT. We also found a good agreement with the other *in vitro* method.

### **ALERGIA ÀS PROTEÍNAS DO LEITE DE VACA (APLV): LIMIARES DE DECISÃO IN VIVO E IN VITRO NA PROGRAMAÇÃO DAS PROVAS DE PROVOCAÇÃO**

Graça Sampaio, Teresa Almeida, Sara Prates, Cristina Arêde, Virgínia Loureiro, Vitória Matos, Mário Morais Almeida, José Rosado Pinto

Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia

XXIII Reunião Anual Sociedade Portuguesa Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC)

Porto, 10 a 12 de Outubro de 2002 (Comunicação oral).

Resumo publicado na Revista Portuguesa de Imunoalergologia 2002;10:228.

**Introdução:** A APLV é um problema crescente, sendo a alergia alimentar mais frequente nos primeiros anos de vida. A prova de provocação oral (PPO) é considerada o “gold standard” para o diagnóstico e seguimento desta patologia. Estudos recentes têm sugerido que a monitorização dos valores de IgE específica e testes cutâneos (TC) podem ser úteis para decidir quando realizar a prova para avaliar o estado de tolerância. **Objectivo:** Relacionar o resultado da PPO (crianças sintomáticas vs tolerantes) com o resultado dos TC e o valor de IgE específica. **Métodos:** Foram consideradas 66 crianças com o diagnóstico de APLV IgE mediada, baseado na história clínica, presença de IgE específica (TC e/ou sérica) e

confirmado por PPO aberta. Entre Outubro 2000 e Maio 2002 foi feita reavaliação destas crianças que incluiu: revisão dos dados clínicos, repetição de TC por *prick* (Stallergénes) e doseamento da IgE específica (Pharmacia CAP-system) para leite e fracções, realização de PPO aberta. Resultados: Relação M/F: 1,5. Média etária:  $3,3 \pm 2,7$  anos (0,3-10,8). Média etária de início APLV: 3 meses. Sintomas de apresentação: mucocutâneos-MC (88%), gastrintestinais-GI (42%), respiratórios-Resp (11%) e anafilaxia em 1 caso. Últimos sintomas (PPO aberta): MC (86%), GI (27%), Resp (20%) e anafilaxia em 2 casos. A PPO foi positiva em 50 crianças (média etária: 3,4 anos; duração média da APLV: 3,1 anos) e 16 crianças alcançaram a tolerância (média etária: 3,0 anos; duração média da APLV: 2,5 anos). Os TC foram positivos em 98% das crianças sintomáticas e em 81% das que adquiriram tolerância. A IgE específica sérica para leite e/ou fracções foi positiva em 88% das crianças sintomáticas e em 69% das que adquiriram tolerância. Verifica-se uma grande dispersão de valores, mas o valor médio da IgE específica é consideravelmente mais baixo no segundo grupo. No entanto, no grupo de crianças sintomáticas há casos com IgE específica sérica negativa ou baixa. Conclusões: Os TC não se revelaram um bom método para prever o estado de tolerância na APLV. Relativamente à IgE específica para o leite total é mais evidente a diferença entre os dois grupos, verificando-se que níveis superiores a  $3 \text{ KU}_A/\text{L}$  prevêm com elevada probabilidade a existência de doença activa. Embora a PPO seja a forma definitiva de avaliar o estado de tolerância, a monitorização dos valores de IgE específica pode ser útil na decisão do momento oportuno para esta ser realizada.

### EPIDEMIOLOGIA DAS DOENÇAS ALÉRGICAS EM IDADE PEDIÁTRICA -TENDENCIAS?

Mário Morais de Almeida, Graça Sampaio, Ana Margarida Romeira, Teresa Almeida, Carlos Braga, Ângela Gaspar, José Rosado Pinto

Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

XXIII Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC)

Porto, 10 a 12 de Outubro de 2002 (Comunicação Oral)

**RESUMO:** A asma brônquica relaciona-se com muitas variáveis genéticas e ambientais com influência na sua prevalência e na história natural. Em idade pediátrica existe frequentemente a convicção de que a história natural da patologia alérgica é extremamente favorável verificando-se um decréscimo da expressão de doenças activas no final da infância; assiste-se então frequentemente a um deficiente controle da clínica e da fisiopatologia subjacente. O *International Study of Asthma and Allergies in Childhood* (ISAAC) tem permitido avanços significativos no conhecimento epidemiológico das doenças alérgicas pediátricas. Foi objectivo deste estudo, efectuado através da aplicação de inquéritos normalizados aos pais de duas amostras randomizadas de crianças residentes na área da Grande Lisboa, comparar as prevalências de doença alérgica activa, isto é, com sintomas no último ano, no intervalo de seis anos. Material e métodos: Em 1995 (ISAAC Fase I), foram respondidos 2115 inquéritos por pais de crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 7 anos (120 escolas participantes); em 2001 (ISAAC Fase II), obtiveram-se 1045 inquéritos respondidos pelos pais de crianças com idade entre os 9 e os 11 anos (de 40 escolas). Em ambas as amostras o *ratio* M/F foi de 1/1. Resultados: encontram-se expressos na tabela as prevalências de sintomas no último ano.

	n	Asma	Rinite	R + Conj	Eczema
FASE I (1995)	2115	12.8	22.9	8.6	16,1
FASE II (2001)	1045	15.7	30.7	13	17.4
		p=0.02	P<0.0001	P<0.001	P=0.04

R – Rinite; Conj - Conjuntivite

Valorizando o impacto dos sintomas no último ano, para além da maior prevalência de sintomas actuais, verificou-se maior gravidade na avaliação de 2001: >4 crises/ano - 3.4 para 4.2%; > 12 crises/ano - 0.7 para 1%; acordar por pieira uma ou mais noites por semana - 2.8 para 3.3%; rinite afectou muito actividades diárias - 0.8 para 1.4%. Conclusão: na região de Lisboa, baseado em amostras de grande dimensão, podemos afirmar que existe uma tendência para a maior expressão de doenças alérgicas até ao final da infância, relacionando-se igualmente com quadros mais graves, salientando o cada vez maior impacto social destas

doenças e contrariando posturas negligentes na alergia pediátrica. Assume particular relevância os aumentos verificados nas prevalências relacionadas com a alergia naso-sinusal.

### **ISAAC FASE II – LISBOA – OS ESTUDOS CONTINUAM...**

Mário Morais de Almeida, Graça Sampaio, Ana Margarida Romeira, Teresa Almeida, Carlos Braga, Ângela Gaspar, José Rosado Pinto

Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

XXIII Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC)

Porto, 10 a 12 de Outubro de 2002 (Comunicação Oral)

**RESUMO:** Compreender e abordar uma doença, passa por conhecer as suas taxas e condicionantes. As extrapolações de casuísticas de outros países e populações, se importantes e enriquecedoras, não nos devem dispensar de conhecer detalhadamente a nossa realidade. Se podermos usar instrumentos e metodologias validadas de amplo uso internacional, então podemos comparar os nossos resultados com os de outros, e assim compreender diferenças e identificar riscos. É esta a principal riqueza da colaboração em estudos de âmbito mundial como no *International Study of Asthma and Allergies in Childhood* (ISAAC), de que Lisboa foi o centro seleccionado para a aplicação da sua Fase II. Foi objectivo deste estudo, apresentar os resultados preliminares da Fase II, obtidos através da aplicação de inquéritos normalizados aos pais de uma amostra randomizada de 1045 crianças com idades compreendidas entre os 9 e os 11 anos (*ratio* M/F = 1), de 40 escolas, residentes na área da Grande Lisboa. Resultados: a análise das respostas permitiu encontrar as prevalências discriminadas na tabela (%).

	Asma	Rinite	Eczema
Diag. Cumulativo “ Teve Alguma Vez ”	37.6	36.5	22.9
Diag. Actual “ Teve no Último Ano ”	15.7	30.7	17.4

Em 12.4% das crianças um diagnóstico de asma tinha sido colocado por um clínico e em 3.1% existia um diagnóstico prévio de “febre dos fenos”; a 22.9% da amostra tinha sido diagnosticado eczema. 41.9% das crianças referiam clínica de pelo menos uma doença alérgica (asma e/ou rinite e/ou eczema). As crianças do sexo masculino apresentaram com maior frequência o diagnóstico de asma e de rinite e de pelo menos uma doença alérgica (cumulativo e no último ano –  $p < 0.03$ ), não se encontrando diferenças de sexo quanto ao diagnóstico de eczema, ou das queixas de asma induzida pelo esforço. Em conclusão, na amostra de crianças residentes na região de Lisboa, um número muito expressivo de 41.9% encontra-se afectada por doenças alérgicas em actividade, com significativo impacto nas actividades quotidianas. O sexo masculino, em crianças pré-pubertárias, mantém uma maior prevalência de doenças alérgicas, com excepção dos quadros de expressão cutânea.

### **ALERGIA AO LÁTEX: EVICÇÃO E REPERCUSSÃO NA PRODUÇÃO DE IgE ESPECÍFICA**

Ana Margarida Romeira, Cristina Santa Marta, Graça Pires, Mário Morais Almeida, José Rosado Pinto

Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

XXIII Reunião Anual Sociedade Portuguesa Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC)

Porto, 10 a 12 de Outubro de 2002 (Poster com discussão)

**RESUMO:** Os trabalhadores de saúde constituem um dos grupos de risco para a sensibilização e alergia ao látex. Nestes, a sensibilização ocorre através de contacto mucocutâneo ou por inalação. Apresenta-se um

caso clínico em que a instituição de medidas de evicção de material com látex modificaram a clínica bem como os resultados dos testes de diagnóstico.

**Caso clínico:** Doente de 34 anos, sexo masculino, estomatologista desde 1986. Em 1991 iniciou queixas de rinoconjuntivite que ocorriam apenas no local de trabalho, ficando assintomático nos períodos de afastamento do ambiente referido. Recorreu à nossa consulta em 1997, apresentando, na altura, testes cutâneos (TC) positivos para alérgenos do látex (Stallergènes) - Ø médio de pápula de 6,5 cm. Com instituição de medidas de evicção no local de trabalho (cumpridas por todos os profissionais de saúde) e terapêutica com anti-histamínicos e corticosteróides nasais assistiu-se a rápida melhoria. Em 2000, verificou-se a ocorrência de intensos sintomas de rinoconjuntivite após exposição a balões numa festa infantil. Os TC para alérgenos do látex (Stallergènes e Abelló) eram positivos (Ø médio de pápula de 4 e 5 cm, respectivamente) e a IgE sérica específica para o látex (CAP System<sup>®</sup>, Pharmacia) era classe 0. Desde essa altura, o doente mantém-se totalmente assintomático. Em 2002, realizaram-se novos TC que foram negativos para o látex (Stallergènes, Abelló, Lofarma, Leti e Bial), mantendo-se a IgE específica classe 0. A análise por *immunoblotting* (ALABLOT<sup>®</sup>, DPC-Amerlab) permitiu a detecção de uma banda proteica com um peso molecular de 27,4 kDa. **Discussão:** A evicção completa dos alérgenos do látex tem um efeito positivo na evolução da alergia ao látex e pode levar à perda de sensibilização para estes alérgenos.

## INTOLERÂNCIA AOS ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO ESTERÓIDES - CARACTERIZAÇÃO DE UMA POPULAÇÃO

Carlos Neto Braga, Susana Marinho, Luís Miguel Borrego, Paula Leiria Pinto, José Rosado Pinto  
Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa  
XXIII Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC)  
Porto, 10 a 12 de Outubro de 2002 (Poster com discussão)

**RESUMO:** As reacções adversas aos fármacos são comuns na prática clínica, sendo os AINE's apontados como uma das principais causas. Estas reacções são imprevisíveis e podem ser potencialmente fatais. Alguns autores têm encontrado elevadas prevalências de sensibilização a aeroalérgénios nos indivíduos com intolerância aos AINE's. Objectivo: Foi nosso objectivo caracterizar a população de doentes observados na nossa consulta com reacção adversa aos AINE's, nos últimos 2 anos. Metodologia: Incluíram-se 47 doentes com intolerância aos AINE's confirmada. A população estudada foi caracterizada quanto a: idade, sexo, motivo de referenciação, manifestações clínicas das reacções adversas, antecedentes pessoais e familiares de atopia e quanto à presença de sensibilização alérgénica. Efectuaram-se testes cutâneos em picada utilizando uma bateria com os aeroalérgénios mais comuns. Realizaram-se provas de provocação com o fármaco suspeito e/ou fármacos alternativos para confirmação do diagnóstico e/ou para encontrar alternativas terapêuticas. Nas situações em que havia reexposição ao fármaco e a sintomatologia era reprodutível (+ e/ou -) as provas de provocação foram dispensadas. Resultados: 60,4% dos doentes eram do sexo feminino e 35% do sexo masculino, tendo 56,3% idade  $\geq$  a 15 anos e 43,7% idade  $<$  a 15 anos. Havia antecedentes familiares de atopia em 58,3% e pessoais em 78,8% dos doentes, sendo 56,3% asmáticos. Encontrou-se sensibilização para aeroalérgenos em 60,4% dos doentes, não diferindo dos valores encontrados nos doentes com choque. A maioria destes foi referenciada por suspeita de intolerância aos AINE's (83%); 7 (14,9%) por suspeita de alergia aos  $\beta$ -lactâmicos e 1 doente por suspeita de alergia a anestésicos locais. 59,5% dos doentes apresentavam manifestações cutâneas, 23,9% anafilaxia, 10,4% choque anafilático e 6,2% manifestações respiratórias. Os AINE's implicados nas reacções adversas foram: AAS (45,7%), ibuprofeno (30,4%), nimesulide (15,2%), paracetamol (13%), diclofenac (10,9%), metamizol (4,3%), naproxeno (2,2%) e clonixina (2,2%). Foi efectuado um total de 44 provas de provocação, 37 para encontrar alternativa terapêutica (todas negativas) e 7 para investigação diagnóstica (2 positivas e 5 negativas). Foi possível encontrar uma alternativa terapêutica para todos os doentes. Conclusões: 1) Existe um sub-diagnóstico da suspeição da intolerância aos AINE's e tendência a hipervalorizar a "alergia à penicilina". 2) A atopia não constituiu factor de risco para o choque anafilático. 3) Nas crianças, as alternativas terapêuticas são limitadas. 4) Necessidade de desenvolver métodos de diagnóstico que facilitem o estudo destes doentes.

## **ASMA BRONQUICA EM IDADE PEDIÁTRICA E FACTORES DE RISCO -DADOS PRELIMINARES**

Mário Morais de Almeida, Ana Margarida Romeira, Graça Sampaio, Carlos Braga, Teresa Almeida, Ângela Gaspar, José Rosado Pinto

Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

XXIII Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC)

Porto, 10 a 12 de Outubro de 2002 (Poster com discussão)

**RESUMO:** Os factores de risco da asma podem estar ligados ao hospedeiro (genética, raça, sexo,...) ou ao ambiente (infecções, dieta, alergenicos, poluentes,...). Estudar estes factores obriga também a referir qual o perfil de doentes em consideração, nomeadamente quanto a atributos como seja a gravidade. Amostras de asmáticos incluídos em consultas de referência traduzem uma gravidade superior à encontrada na população geral, o que poderá condicionar os resultados na avaliação de factores de risco. Com a aplicação do inquérito normalizado da Fase II do *International Study of Asthma and Allergies in Childhood* em Lisboa (2001), respondido por 1045 pais de crianças com 9 a 11 anos, identificou-se uma prevalência de asma activa ("sintomas último ano") de 15.7%. A maioria destas crianças (cerca de 70%) tinham asma ligeira, referindo cerca de 20% asma moderada e menos de 10% asma grave. Foi objectivo deste estudo avaliar factores de risco relacionados com a expressão de asma activa, através das respostas dos inquéritos, que incluíam uma exaustiva lista de factores identificados e descritos na literatura. A análise dos resultados permitiu excluir como factores de risco ( $p > 0.06$ ): a prematuridade, o peso ao nascer, o aleitamento materno, a posição na fratria, a frequência de berçário ou infantário, as vacinações anti-infecciosas e doenças infecciosas anteriores, a existência de animais no domicílio, actual ou passada, a exposição tabágica, em qualquer fase da vida, o combustível utilizado na climatização da habitação, sinais directos de humidade na habitação, bem como a localização da mesma (rural, suburbana ou urbana). Apenas foram identificados como factores de risco para a expressão de asma a existência de antecedentes familiares de alergia ou de asma, no pai ( $p < 0.04$ ) ou na mãe, principalmente estes últimos ( $p < 0.01$ ). No quarto de dormir dos asmáticos tinham sido efectuadas mais frequentemente medidas de controle ambiental, sendo as diferenças com significado estatístico apenas na actualidade e não no primeiro ano de vida. Em conclusão, nesta amostra de crianças asmáticas seleccionadas com base populacional, não foram identificados factores de risco ambientais tradicionalmente associados à expressão da doença, para além da história familiar. Estes resultados salientam a importância do conhecimento detalhado das amostras incluídas nos estudos publicados, pois importa salientar que medidas de controle relacionadas com a prevenção de formas particulares da doença podem não ser justificáveis, nem rentáveis, numa base populacional. Inversamente, o controlo de algumas exposições particulares (ex. tabagismo) podem ter impacto não só sobre esta doença (gravidade) como em várias outras situações (infecções respiratórias, DPCO, neoplasias,...).

## **"ALERGIA AO OVO - SENSIBILIZAÇÃO NO ADULTO"**

Cristina Arêde, Ana Margarida Romeira, Mário Morais de Almeida, JE Rosado Pinto

XXIII Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica

Porto, 10 a 12 de Outubro -(poster)

**Introdução:** A alergia ao ovo é uma das situações mais frequentes de alergia alimentar em idade pediátrica. A clara de ovo, que é considerada a mais alergénica, contém mais de 20 proteínas. A gema de ovo apresenta como alérgeno *major* a alfa-livetina (seroalbumina de galinha). Doentes alérgicos reagem frequentemente ao ovo cru e cozinhado e tem sido demonstrado que a clara do ovo pode manter-se alergénica mesmo após ser submetida a altas temperaturas. **Caso clínico:** Doente de 21 anos, sexo feminino, que refere desde há 4 anos prurido orofaríngeo, urticária da face e pescoço e edema peri-orbitário de aparecimento imediato após a ingestão de comida contendo ovo cru ou mal cozinhado (gemada, mousse, salame de chocolate, gelado, creme de pasteleria, omelete), com melhoria dos sintomas sem qualquer terapêutica. No entanto, refere dois episódios com sintomas mais intensos e acompanhados de pieira e dispneia, que motivaram recurso ao SU, onde fez terapêutica endovenosa que desconhece. O ovo bem cozinhado é tolerado. Como antecedentes pessoais há a referir queixas de intolerância alimentar a lula, choco e polvo (vómitos de início tardio) e queixas de rinoconjuntivite intermitente de início recente (Primavera). A doente não tem animais no

domicílio, não referindo sintomatologia respiratória com contacto com pássaros até à data. Dos exames auxiliares de diagnóstico realizados, destacam-se: testes cutâneos por *prick* (TC) para alimentos positivos para gema de ovo (pápula com diâmetro médio de 9mm) e negativo para clara de ovo, ovalbumina, ovomucóide, lula (C.B.F. Leti); aeroalergenos positivos para mistura de penas de pássaros, pólenes de gramíneas, árvores e ervas e negativos para ácaros; IgE total de 166 UI/ml; IgE específica positiva para clara de ovo (1,52 KU/l), gema de ovo (7,54 KU/l) e vários pólenes, sendo negativa para polvo, lula e ácaros. Discussão: Trata-se de um caso raro de hipersensibilidade ao ovo IgE mediada de aparecimento na idade adulta. Nos últimos anos a associação entre a sensibilização a antigénios de pássaros e alergia alimentar à gema de ovo tem sido descrita e denominada como “*Egg-bird syndrome*”. A sensibilização a alfa-livetina tem sido referida como responsável por essa associação. Pensa-se que a sensibilização aos alergenos de pássaros preceda a alergia aos antigénios do ovo. Há também evidências de que a alfa-livetina não resista ao calor, uma vez que os doentes com “*Egg-bird syndrome*” podem tolerar a ingestão de ovo bem cozinhado.

### **ALERGIA A ANESTÉSICOS LOCAIS DO GRUPO AMIDAS COM TOLERÂNCIA À PROCAÍNA**

Ângela Gaspar, Mário Morais de Almeida, José Rosado Pinto

Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

XXIII Reunião Anual da Sociedade Portuguesa Alergologia Imunologia Clínica (SPAIC)

Porto, 10 a 12 de Outubro de 2002 (Poster com discussão)

Aceite para publicação em texto integral: *Allergy*, 2003.

**RESUMO:** As manifestações alérgicas IgE-mediadas aos anestésicos locais são raras, representando menos de 1% de todas as reacções descritas a estes fármacos, apesar de ser frequente a ocorrência de reacções adversas aos mesmos. Tendo em consideração a estrutura química deste grupo de fármacos podemos distinguir duas famílias, nomeadamente a dos ésteres do ácido benzóico e a das amidas, actualmente os mais utilizados. As reacções alérgicas aos anestésicos locais do grupo das amidas são maioritariamente descritas à lidocaína, sendo habitualmente bem toleradas outras amidas, tais como a mepivacaína e a ropivacaína. Os autores apresentam o caso clínico de uma doente do sexo feminino de 46 anos de idade, com antecedentes de rinite alérgica desde a infância, dermite de contacto aos aditivos da borracha e alergia alimentar ao kiwi, referenciada à Consulta de Imunoalergologia por reacções anafiláticas após realização de anestésico local, há 20 e 12 anos atrás, respectivamente com anestésico local desconhecido e com lidocaína (com vasoconstritor) e há cerca de 5 anos urticária após aplicação tópica de lidocaína (EMLA®). No âmbito da Consulta efectuou testes cutâneos por *prick* que se revelaram positivos para ácaros do pó (*Dermatophagoides pteronyssinus* e *Dermatophagoides farinae*) e kiwi. Foram efectuados testes cutâneos com anestésicos locais do grupo amidas, sem vasoconstritor, que se revelaram positivos: bupivacaína (*prick*: 6x4mm), mepivacaína (*prick*: 4x3mm) e ropivacaína (intradérmico na diluição de 1:100: 12x10mm). Foi então programada, sob internamento na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital do Desterro a realização de testes cutâneos e prova de provocação com procaína (anestésico local do grupo dos ésteres). Os testes cutâneos (*prick* e intradérmico) e a prova de provocação subcutânea com 0,1 ml do fármaco foram negativos, seguido do uso terapêutico do fármaco, na realização de três biópsias cutâneas, sem qualquer reacção adversa. Posteriormente, foi efectuada prova de provocação subcutânea, em ocultação simples, com 0,1 ml de ropivacaína que se revelou positiva (reacção sistémica), confirmando-se o diagnóstico de alergia a anestésicos locais do grupo amidas. A mediação imunológica por anticorpos da classe IgE foi comprovada neste caso clínico, que se salienta pelo facto de a doente apresentar alergia a todos os anestésicos locais do grupo das amidas, incluindo a ropivacaína, e em que a alternativa terapêutica viável foi a procaína, anestésico local habitualmente já não utilizado.

### **"CONSULTA DE ALERGIA MEDICAMENTOSA -ANÁLISE DA CASUÍSTICA"**

Luís Miguel Borrego, Carlos Neto Braga, Teresa Almeida, Susana Marinho, Elsa Pragana, Ângela Gaspar, Paula Leiria Pinto, José Rosado Pinto.

Serviço de Imunoalergologia do Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

Congresso do Hospital de Dona Estefânia, 125 Anos na Saúde da Mulher e da Criança, Lisboa, 16 a 18 de Outubro de 2002. (comunicação oral)

**RESUMO:** As reacções adversas aos fármacos são comuns na prática clínica conduzindo a atitudes de evicção desnecessárias. Foi nosso objectivo caracterizar a população referenciada à Consulta de Imunoalergologia por suspeita de reacção adversa a medicamentos, nos últimos 5 anos. Procedeu-se à caracterização da população em relação ao fármaco suspeito, manifestações clínicas das reacções adversas, antecedentes pessoais e familiares de doença alérgica, presença de sensibilização alérgica e possíveis factores de risco. A abordagem diagnóstica dependeu do tipo de reacção e do fármaco em causa, apresentando-se os resultados mais relevantes. Incluíram-se 227 pacientes, 56% do sexo ♀ e 44% do sexo ♂, com idades compreendidas entre os 6 meses e os 77 anos, tendo 65,2% idade  $\leq$  a 15 anos e 34,8%  $>$  do que 15 anos. Os principais grupos de fármacos envolvidos foram os antibióticos  $\beta$ -lactâmicos - 67%, anti-inflamatórios não esteróides (AINE's)-18,9%, sulfonamidas-3,2%, macrólidos-2,8%, anestésicos locais-2,8%, midriáticos-2,8% e outros-2,4%. Havia antecedentes familiares de doença alérgica em 58,6% e pessoais em 58,1% dos doentes, sendo 31,3% asmáticos. Encontrou-se sensibilização para aeroalergenos em 43,6% dos pacientes. Nos indivíduos com suspeita de reacção adversa aos antibióticos  $\beta$ -lactâmicos, o diagnóstico de alergia apenas se confirmou em 18,0% dos casos. As IgE específicas para a Peni G e Peni V foram apenas positivas num caso e em 8% (n=13) destes pacientes foi-lhe confirmada intolerância aos AINE's. Os AINE's envolvidos nas reacções adversas foram: AAS (45,7%), ibuprofeno (30,4%), nimesulide (15,2%), paracetamol (13%), diclofenac (10,9%), metamizol (4,3%), naproxeno (2,2%) e clonixina (2,2%). Foi possível encontrar uma alternativa terapêutica para todos os doentes. Em conclusão, constatou-se que a maioria das reacções adversas estava associada aos antibióticos  $\beta$ -lactâmicos e AINE's. A prevalência de alergia aos  $\beta$ -lactâmicos nos indivíduos com reacções adversas era de apenas 18%. Existe um sub-diagnóstico da suspeição da intolerância aos AINE's e tendência a hipervalorizar a "alergia à penicilina". As IgE específicas para a Peni G e Peni V têm um valor diagnóstico limitado. Os antecedentes familiares de alergia à penicilina e a atopia não parecem constituir factores de risco para a alergia aos antibióticos  $\beta$ -lactâmicos. A reactividade cruzada entre os derivados da penicilina e as cefalosporinas é baixa (10% - n=3), tratando-se pois de uma alternativa terapêutica que deve ser considerada. A atopia não constituiu factor de risco para o choque anafiláctico. Nas crianças com intolerância aos AINE's as alternativas terapêuticas são limitadas. É necessário desenvolver métodos de diagnóstico que facilitem o estudo destes doentes.

### **CURSO DE FÉRIAS PARA CRIANÇAS ASMÁTICAS - AVALIAÇÃO DE RESULTADOS**

Paula L P, Vera R.P, Adozinda Esteves, Elsa Pragana, Teresa Almeida, Ana Romeira, Graça Sampaio, Helena Banha, Susana Pinto, Luis Costa, J. R. Pinto

Serviço de Imunoalergologia, Lisboa

Congresso do Hospital de Dona Estefânia, 125 Anos na Saúde da Mulher e da Criança  
Lisboa, 16 a 18 de Outubro de 2002 (Poster)

**RESUMO:** Os cursos de férias são espaços privilegiados para o desenvolvimento de intervenções educativas. A análise dos resultados é importante para melhorar a eficácia destas. Neste trabalho pretendeu-se avaliar o impacto do programa educativo desenvolvido através dos seguintes indicadores: conhecimentos sobre asma, limitação das actividades físicas, monitorização dos débitos expiratórios máximos instantâneos (DEMI), capacidade de execução das técnicas inalatórias. Foram objecto de análise os dados referentes aos três últimos anos, ou seja 109 crianças com idades compreendidas entre os 8 e os 10 anos, com um diagnóstico de asma seguidas nas consultas de especialidade de 3 Centros de Alergologia (Lisboa, Porto e Gaia). O critério utilizado na selecção das crianças prende-se com o reconhecimento da necessidade de aquisição de autonomia do ponto de vista clínico ou psicológico. A avaliação dos conhecimentos sobre asma foi efectuada através da aplicação de um questionário no início e no final do curso, incluindo 12 questões. Este questionário pretendia avaliar conhecimentos relacionados com os factores de agravamento da asma, relação do esforço físico e asma, monitorização e controlo da doença e medicações utilizadas (pontuação máxima - 12). A limitação das actividades físicas devida à asma foi avaliada no início e no fim do curso, sendo esta referente à semana precedente. Utilizou-se uma escala visual, com scores entre 0 e 3, sendo que:

0 - ausência de limitação e 3 – sentir dificuldade em falar. Os DEMI foram medidos diariamente e procedeu-se à comparação dos valores médios. As capacidades de execução das técnicas inalatórias foram avaliadas através da identificação das várias etapas, atribuindo-se uma pontuação de 1, quando correctamente executada (máximo 5 pontos). Procedeu-se à comparação dos resultados através da aplicação do teste de  $X^2$  para avaliação dos conhecimentos sobre a doença, limitação das actividades físicas e capacidade de execução das técnicas inalatórias. Na comparação dos valores médios do DEMI utilizou-se o teste T de Student para amostras emparelhadas. O nível de significância utilizado foi o de  $p < 0,05$ . Verificou-se uma melhoria significativa da média dos conhecimentos sobre asma (8,65 e 9,86;  $p < 0,0001$ ). Assistiu-se a uma maior tolerância ao esforço físico (1,13 e 0,91;  $p = 0,02$ ). Não houve variação significativa dos DEMI médios ( $p = ns$ ). As capacidades de execução das técnicas inalatórias melhoraram significativamente (2,7 e 4,8;  $p < 0,0001$ ). Estes resultados permitem-nos afirmar que nos Cursos de Férias é possível desenvolver programas educativos com resultados positivos, quer ao nível de conhecimentos quer da aplicabilidade dos mesmos, conduzindo assim a uma melhoria da qualidade de vida destas crianças.

### **AUMENTO DA PREVALÊNCIA DA ALERGIA AO LÁTEX EM DOENTE COM ESPINHA BÍFIDA -IMPORTANCIA DA INSTITUIÇÃO PRECOCE DE MEDIDAS PREVENTIVAS**

Graça Pires\*, Ângela Gaspar\*, Ana M.Romeira\*, Nila Godinho\*, Virgínia Loureiro\*, Vitória Matos\*, Eulália Calado\*\*, Mário M.Almeida\*, J.Rosado Pinto\*

\*Serviço de Imunoalergologia e \*\*Serviço de Neurologia, Hospital de Dona Estefânia, Congresso do Hospital de Dona Estefânia, 125 Anos na Saúde da Mulher e da Criança Lisboa, 16 a 18 de Outubro de 2002 (Comunicação oral)

**RESUMO:** Os doentes com espinha bífida (EB) representam o maior grupo de risco para sensibilização ao látex, encontrando-se nos vários estudos publicados prevalências que variam entre 18 e 73%. As intervenções cirúrgicas são referidas, de um modo consensual, como o principal factor de risco para sensibilização e clínica. Em estudo prévio, por nós efectuado em 1997 (*Allergol et Immunopathol* 2002;30:5-13), englobando 57 doentes com EB seguidos no Serviço de Neurologia do HDE, foi encontrada uma prevalência de sensibilização ao látex de 30% ( $n=17$ ); 12% dos doentes sensibilizados ( $n=2$ ) apresentavam sintomas com exposição ao látex.

**Objectivo:** Pretendeu-se com o presente estudo determinar a prevalência de sensibilização e de alergia ao látex nos doentes com EB observados na Consulta de Imunoalergologia do HDE durante um período de 18 meses (Janeiro2001 a Junho2002), comparando os resultados obtidos com os do estudo efectuado em 1997.

**Metodologia:** A todos os doentes foram efectuados questionário alergológico, bateria de testes cutâneos incluindo látex (5 extractos comerciais: ALK-Abelló, Bial, Leti, Lofarma e Stallergènes), aeroalergenos comuns e frutos com reactividade cruzada descrita com látex, e determinação sérica de IgE específica para látex (CAP System<sup>®</sup>, Pharmacia).

**Resultados:** Foram estudados 50 doentes com EB, com uma idade média de 8.8 anos (10 meses a 23 anos) e uma relação sexo feminino/masculino de 1.5/1. A prevalência de sensibilização ao látex foi de 48% ( $n=24$ ). Dos 24 doentes sensibilizados, 13 (54%) apresentavam sintomas com exposição ao látex: sintomas mucocutâneos em 92% ( $n=12$ ), respiratórios em 46% ( $n=6$ ) e oculares em 31% ( $n=4$ ).

**Conclusões:** Nos doentes com EB estudados encontramos uma elevada prevalência de sensibilização e de alergia ao látex. O aumento de 4x na prevalência de sintomas nos doentes sensibilizados, salienta a importância da instituição meticulosa de medidas de evicção de produtos contendo látex, particularmente no decurso de intervenções cirúrgicas. A prevenção primária deverá ser a meta a atingir.

### **SINDROME DE ECZEMA / DERMATITE ATÓPICA -ANÁLISE DE UMA POPULAÇÃO**

Elsa Pargana, Luís Miguel Borrego, Susana Oliveira, Sara Prates, Cristina Santa Marta, José Rosado Pinto Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

XXIII Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC), Porto, 10 a 12 de Outubro de 2002 (Poster com discussão)

Congresso do Hospital de Dona Estefânia, 125 Anos na Saúde da Mulher e da Criança Lisboa, 16 a 18 de Outubro de 2002 (Comunicação oral)

**RESUMO:** A dermatite atópica (DA) é uma patologia inflamatória crónica da pele, frequentemente observada em associação com patologia respiratória de origem alérgica; apesar disso, na sua etiopatogenia parecem estar envolvidos mecanismos comuns àquelas entidades clínicas e outros, nomeadamente reacções de hipersensibilidade do tipo retardado. Esta heterogeneidade de reacções questiona até a sua designação, devendo actualmente ser preferido o termo síndrome de eczema/dermatite atópica (SEDA). **Objectivos:** Caracterizar os doentes observados em primeira consulta de Imunoalergologia do HDE com o diagnóstico de SEDA, durante os anos de 2000 e 2001

**Métodos:** Os doentes foram seleccionados após a revisão sistemática dos processos correspondentes às primeiras consultas realizadas (n= 3436); deste universo foram alvo do nosso estudo todos os que referissem em alguma altura o diagnóstico de DA (diagnóstico cumulativo). Serão analisados os dados referentes à idade, sexo, patologias alérgicas associadas, história familiar (HF) de alergia e sensibilização alérgica cutânea (testes cutâneos – TC).

**Resultados:** Foram incluídos 193 doentes com média etária de 7,5 anos, sendo a idade mínima de um ano e a máxima de 54 anos; a relação feminino/masculino foi de 1/1,5. A DA foi diagnosticada isoladamente em 69 doentes (35,8%). DA associada a asma brônquica (AB) observou-se em 23 doentes (11,9%) e, associada a alergia nasosinusal (ANS) em 31 doentes (16%); DA, ANS e AB registaram-se simultaneamente em 50 doentes (25,9%). Estabeleceu-se o diagnóstico de alergia alimentar em 19 doentes (9,8%). Foi identificada HF de alergia em 100 doentes (51,8% dos casos); a HF materna registou-se em 55 doentes (28%); a HF paterna foi positiva em 56 casos (29%); HF materna e paterna ocorreu em 22 (11%) doentes. Os TC revelaram sensibilização a aeroalergenos em 124 (64,3%) dos casos e a alimentos em 31 (16%) doentes. Os TC foram positivos em: 47,8% dos doentes com DA isolada; 78,3% dos que apresentavam DA e AB; 77,4% se DA associada a ANS; 86% quando DA,AB e ANS coexistiram.

**Conclusões:** A DA considerada isoladamente apresenta uma prevalência de TC positivos consideravelmente inferior à prevalência encontrada quando existem outras patologias associadas, reflectindo a existência de mecanismos etiopatogénicos distintos dos de hipersensibilidade imediata. Os TC para aeroalergenos foram positivos em grande número de doentes; ao contrário, positividade para os alimentos, ocorreu em número reduzido de casos. Esta baixa prevalência de AA associada a DA, difere da de outras populações, nomeadamente da Europa, traduzindo a heterogeneidade das mesmas.

**DEPARTAMENTO DE CIRURGIA**  
**Directora: Dr.<sup>a</sup> DULCE FERRA DE SOUSA**

**SERVICO DE CIRURGIA**  
**Director: Dr. HENRIQUE SÁ COUTO**

**A DOENÇA CRÓNICA E A CIRURGIA PEDIÁTRICA**

Rui Alves

Departamento de Cirurgia Pediátrica – Serviço de Cirurgia - Hospital de D. Estefânia

Congresso do Hospital de D. Estefânia.

Lisboa, 16 a 18 de Outubro de 2002

O autor principia por equacionar as atitudes comuns presentes na prestação de cuidados hospitalares aos doentes cirúrgicos com patologia e condicionantes sociais que os tornam em doentes crónicos.

O doente crónico pediátrico, e em particular o doente com patologia cirúrgica, surge como o doente mais complexo que uma instituição hospitalar com as características do Hospital de Dona Estefânia acolhe. Não só pela dificuldade e a morosidade do tratamento, como também pelo peso familiar e social que este traduz.

O hospital ao ser responsável pela prestação do tratamento prologado e também pelo envio a outras especialidades verticais, como ainda pela referenciação para os cuidados pós pediátricos,

necessita sem duvida, de desenvolver uma nova perspectiva global na condução dos cuidados a estes doentes. Este grupo deverá ser muito bem caracterizado e individualizado dentro da instituição para que haja uma racionalização da gestão de pessoal e financeira utilizada de modo que se consiga atingir o melhor padrão de qualidade possível na prestação dos cuidados numa perspectiva clínica e social.

**APENDICITES AGUDAS: CASUÍSTICA DO HDE**

Carmen Gan, Sixto Martinez, Luís Gonçalves, Fátima Alves, Rui Alves

Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital Dona Estefânia. Lisboa

Congresso do Hospital de D. Estefânia.

Lisboa, 16 a 18 de Outubro de 2002

**Resumo -**

**Introdução:** A apendicite aguda apesar de ser uma patologia muito frequente ainda continua a ser uma preocupação crescente nos serviços de cirurgia havendo numerosas referências a esta entidade clínica na bibliografia.

**Objectivos:** Caracterizar a experiência do Serviço de Cirurgia Pediátrica do HDE em relação às apendicites agudas durante os anos 2000 e 2001.

**Material e métodos:** Analisaram-se retrospectivamente os processos clínicos identificados no livro de registo de urgência do bloco operatório com diagnóstico de apendicite aguda entre Janeiro de 2000 e Dezembro de 2001.

**Resultados:** O estudo inclui 322 processos de crianças internadas com diagnóstico de apendicite aguda durante o período em estudo (distribuição mensal homogénea). 148 (45,96%) crianças foram referenciadas, 191(59,32%) eram do sexo masculino, e 140(43,48%) pertenciam ao grupo etário dos 5 aos 10 anos. Verificou-se que 33(10,25%) tinham patologia prévia associada, referindo 24 (7,45%) ter efectuado antibioterapia prévia.

177 (54,97%) crianças foram diagnosticadas nas primeiras 24 horas sendo os sintomas mais frequentes a dor abdominal (96,27%), náuseas ou vômitos (62,42%), e febre(53,42%). 279(86,65%) fizeram análises cuja alteração mais frequente foi a neutrofilia (82,08%). 149 (46,27%) realizaram ecografia abdominal (imagens significativas em 67,11%).

Foi realizada apendicectomia directa em 283 (87,89%) casos e, lavagem peritoneal em 250 (77,64%). O aspecto macroscópico mais frequente foi de apendicite fleimonosa (42,24%) com uma

correlação anatomo-patológica de 71%. Referente a antibioterapia e.v. pós-operatória, a duração média da mesma foi de 4,61 dias e, o antibiótico mais usado foi a cefoxitina (77,33%), quer em monoterapia ou em combinação com gentamicina ou gentamicina e metronidazol.

A duração média do internamento foi de 5,4 dias com uma taxa de complicações de 6,83%.

Discussão: Podemos concluir que na maioria dos dados estudados os dados obtidos coincidem com os dados registados na bibliografia com referência a experiência de outros hospitais.

## **HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÊNITA COM VOLVO GÁSTRICO – A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS.**

Miguel Pinto Duarte; Pedro Garcia; Henrique Sá Couto  
Serviço de Cirurgia Pediátrica – Hospital de Dona Estefânia – Lisboa  
Congresso do Hospital de D. Estefânia.  
Lisboa, 16 a 18 de Outubro de 2002

**Introdução :** A hérnia diafragmática congénita é uma patologia grave de recém-nascidos e lactentes. Os autores descrevem 2 casos clínicos de hérnia diafragmática com volvo gástrico, cujos diagnósticos foram difíceis.

**Caso 1** – Criança de 15 meses de idade, sexo feminino, com diagnóstico pré-natal de hérnia diafragmática à esquerda; operada às 12 h. de vida, após estabilização hemodinâmica e ventilatória.

Foi colocada prótese de PTFE para encerramento do defeito diafragmático. O post-operatório foi complicado de derrames pleurais de repetição. Teve alta hospitalar aos 3 meses de vida.

Desde essa altura, apresentou ingestões alimentares muito escassas (apresentava peso de 6 Kg aos 15 meses). Esteve internada por “bronquiolites de repetição” com múltiplos internamentos.

No último internamento, constatou-se, radiologicamente, a presença de recidiva da hérnia diafragmática, propondo-se cirurgia urgente. Durante a intervenção, constatou-se recidiva crónica da hérnia diafragmática com volvo gástrico mesoaxial. Após a correcção cirúrgica, surgiu como complicação um acidente isquémico mesentérico secundário a hemotórax maciço, post-tentativa de colocação de catéter venoso central na subclávia. Decorridos 6 meses após a cirurgia, a criança duplicou de peso e encontra-se bem dos pontos de vista respiratório e digestivo.

**Caso 2** – Criança de 3 anos de idade, sexo masculino, com antecedentes pessoais de “eventração” diafragmática; transferido do H.D. Torres Vedras por epigastralgia e vômitos incoercíveis.

No H.D. Estefânia, realizou estudo imagiológico, que foi inconclusivo, tendo tido alta. Cerca de 1 dia depois, surge episódio de hematemesa de sangue vivo, associado a recusa alimentar completa e epigastralgia intensa, tendo sido internado pela urgência deste hospital. Foi realizado Rx simples do abdómen, que mostrou distensão da câmara de ar gástrica com nível hidro-aéreo. No entanto, durante o internamento, verificou-se tolerância alimentar para líquidos e dieta pastosa..

Para esclarecimento diagnóstico, foi realizada endoscopia alta, que evidenciou estômago em posição torácica e obstrução gástrica intransponível da região antral. Durante a cirurgia constatou-se a presença de hérnia diafragmática de Morgagni à esquerda com volvo gástrico mesoaxial agudo.

O post-operatório decorreu sem complicações e teve alta ao 15º dia.

**Conclusão :** É importante o reconhecimento de formas menos frequentes de hérnia diafragmática, que, quando acompanhadas de volvo gástrico, condicionam atraso diagnóstico que importa em morbilidade acrescida para estas crianças.

## **O BOTÃO REVELADOR. A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Alves, F., Alves, R., Brito, A.S., Henriques, N., Afonso, I., Cabral, J.  
Serviço de Cirurgia do Hospital D. Estefânia.  
Serviço de Imagiologia do Hospital D. Estefânia.  
Unidade de Gastrenterologia do Hospital D. Estefânia.

Os autores apresentam o caso clínico de uma criança de três anos de idade, sexo masculino, de etnia cigana, internada pelo Serviço de Urgência por quadro de dor abdominal e vômitos com três semanas de evolução. Dos antecedentes pessoais, salienta-se uma gravidez vigiada sem intercorrências, um parto de termo eutócico hospitalar com peso ao nascer de 3510gr.e ausência de complicações peri-natais. Fez sempre aporte de leite adaptado, tendo realizado a diversificação alimentar após o oitavo mês de vida, sempre com má tolerância para alimentos sólidos. Da anamnese e exame objectivo doente, assim como dos exames complementares de imagem pedidos, verificou-se a existência de corpo estranho no lumen duodenal e suspeita de mal rotação intestinal. Foi efectuada endoscopia digestiva alta, que revelou a presença de inúmeros corpos estranhos retidos a nível de D2 onde se encontrava uma estenose luminal com diâmetro de 3 mm. Foi efectuada laparotomia, tendo-se verificado a existência de mal-rotação intestinal de 180 graus e “wind-sock” fenestrado a nível de D2. Procedeu-se à correcção da mal-rotação pela operação de Ladd-Gross, e duodenotomia com excisão de “wind-sock” e duodenoplastia. O período pós-operatório decorreu sem complicações tendo tido alta ao oitavo dia. Realizou trânsito gastro-duodenal ao quarto mês pós-operatório que não apresentou alterações da forma e permeabilidade do arco duodenal.

## **GASTROSQUISIS. EXPERIENCIA DE 15 ANOS NO HOSPITAL DE DONA ESTEFANIA**

Vanda Pratas Vital, Fátima Alves, Rui Alves, Micaela Serelha.

Serviço de Cirurgia Pediátrica.

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

Congresso do Hospital de D. Estefânia

Lisboa, 16 a 18 de Outubro de 2002

### **Introdução**

Sendo a gastrosquisis, uma malformação congénita para além do defeito de encerramento da parede abdominal, é preocupação constante para neonatologistas e cirurgiões pediátricos a determinação de um padrão de qualidade no tratamento destes doentes.

### **Objectivos**

Avaliar a experiência do Serviço de Cirurgia e da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais no tratamento e seguimento destes doentes.

### **Material e Métodos**

Analisaram-se retrospectivamente, os processos clínicos de 40 doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, por Gastrosquisis, no período compreendido entre 1 de Julho de 1987 e 1 de Julho de 2002.

### **Resultados**

Foi realizado o diagnóstico pré-natal em 55% dos casos, conduzindo este a parto por cesareana. Foi detectado um caso de malformações associadas (2.5%). A idade gestacional média foi de 35.9 semanas. A média de peso ao nascer foi de 2217gr. A idade materna média foi de 20.07 anos. Verificou-se um predomínio de doentes do sexo masculino com 57.5%. Todos os doentes são de raça branca. Todos os doentes foram operados nas primeiras vinte e quatro horas de vida. Quarenta e cinco por cento dos doentes pertenciam à classificação de Le Fort I. Le Fort II em 50%, e Le Fort IV em 5% dos casos. Foi efectuado encerramento primário em 97.5% dos doentes, sendo este realizado com auxílio de prótese em três casos, (7.69%). O encerramento diferido ocorreu em apenas um caso, (2.50%). A média de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos foi de 34.42 dias. Foram ventilados 92.5% dos doentes. Foi colocado cateter central em 50% dos doentes. Fizeram A.P. total ou parcial 70.0% dos doentes. A taxa de mortalidade foi de 10%, englobando o único caso de encerramento diferido. A sobrevida global foi de 90%.

### **Conclusões**

O diagnóstico pré-natal mostrou-se insuficiente, tendo vindo a aumentar, particularmente, no último triénio, onde foi realizado em 100% dos casos. As malformações associadas são raras. Houve um predomínio de doentes de classe Le Fort II (50%) e a classe Le Fort IV está associada com internamento mais prolongado e pior prognóstico. O encerramento primário tem melhores resultados. A taxa de sobrevida global foi de 90% com 100% nos últimos sete anos.

## **PROFILAXIA ANTIBIÓTICA EM CIRURGIA PEDIÁTRICA**

Miguel Pinto Duarte

Departamento de Cirurgia Pediátrica - Serviço de Cirurgia Pediátrica - Hospital de Dona Estefânia

Congresso do Hospital de D. Estefânia

Lisboa, 16 a 18 de Outubro de 2002

“Prevenção da Infecção em Pediatria”

Lisboa 6 de Dezembro de 2002

Foi demonstrado em múltiplos estudos multicêntricos, envolvendo grandes números de doentes, que a profilaxia antibiótica, é responsável por uma redução significativa duma grande variedade de infecções, no decorrer do post-operatório, mesmo em intervenções com baixo risco infeccioso.

Após uma breve introdução e historial da antibioprofilaxia, apresenta-se a actual classificação das feridas cirúrgicas, principais microorganismos responsáveis pela infecção em cada uma delas, fazendo-se referência aos principais factores de risco pré-operatório dos doentes / tipos de intervenções, conjugando-os com a necessidade de realizar (ou não) profilaxia antibiótica.

É apresentado e colocado à discussão o actual protocolo de profilaxia antibiótica, utilizado no Hospital de Dona Estefânia.

## **SERVICO DE OTORRINOLARINGOLOGIA**

**Director: Dr. VITAL CALADO**

### **PERFIL BACTERIOLÓGICO DA OTITE MÉDIA AGUDA NA REGIÃO DE LISBOA**

Luisa Monteiro, Luis Acosta, Herédio Sousa, Joel Noa Cossa, Vital Calado  
Serviço de Otorrinolaringologia – Hospital de Dona Estefânia  
XV Congresso Nacional de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cervico-Facial  
Aveiro, 26-29 de Maio de 2002

**Introdução:** A Otite Média Aguda (OMA) é uma doença muito frequente na criança, que por vezes põe problemas terapêuticos. As bactérias mais frequentemente implicadas na OMA são o *Haemophilus influenzae* (HI) e o *Streptococcus pneumoniae* (SP). Qualquer uma destas bactérias pode desenvolver mecanismos de resistência aos antibióticos vulgarmente utilizados na terapêutica empírica desta doença. Variações geográficas importantes destes fenómenos de resistência têm sido descritos, sendo útil o conhecimento do perfil da flora microbiana de cada região.

**Conteúdo:** Neste trabalho são descritos os resultados do exame bacteriológico dos aspirados de 105 ouvidos médios após miringotomia. A idade da população estudada situou-se entre os 4 e os 49 meses (média 14.5 meses), sendo 56% crianças do sexo masculino e 44% do sexo feminino. Os resultados obtidos distribuíram-se da seguinte forma: em 31% dos casos isolou-se SP (mais frequente abaixo dos 12 meses); em 30% isolou-se HI (mais frequente acima dos 12 meses); em 7% dos casos isolou-se *Staphilococcus aureus*; em 6% dos casos isolaram-se SP e HI no mesmo ouvido; apenas se isolou *Moraxella catarrhalis* em 2% dos casos, um dos quais em associação com HI. Em 24% dos casos o aspirado foi estéril.

O perfil de resistência bacteriana é difícil de generalizar em cada grupo de bactérias, uma vez que os antibióticos testados “in vitro” variaram de caso para caso. No entanto é descrita a percentagem de casos resistentes e sensíveis à maioria dos antibióticos utilizados na clínica diária.

### **RASTREIO AUDIOLÓGICO DAS MENINGITES PURULENTAS**

Luisa Monteiro, Inês Soares da Cunha, Pedro Brazão Santos, Joel Noa Cossa, Henrique Marvão, Luisa Varão, Aura Baptista, Vital Calado  
Serviço de Otorrinolaringologia – Hospital de Dona Estefânia  
XV Congresso Nacional de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cervico-Facial  
Aveiro, 26 a 29 de Maio de 2002

**Introdução:** A seqüela mais frequente das meningites bacterianas é a surdez sensorioneural. A maior parte dos autores são unânimes em considerar extremamente importante a implementação de rastreios precoces desta complicação, uma vez que um diagnóstico tardio pode impedir a reabilitação através da colocação de um implante coclear (nos casos de hipoacusia de grau severo a profundo). No Hospital de Dona Estefânia procede-se desde há muitos anos a um estudo audiológico dos doentes com meningite purulenta.

**Conteúdo:** Apresentam-se os resultados do rastreio audiológico de todos os doentes internados na Unidade de Doenças Infecto-contagiosas do H. de Dona Estefânia com diagnóstico de meningite purulenta num período de 17 meses: de Agosto de 2000 a Dezembro de 2001. O objectivo deste rastreio era o diagnóstico precoce das sequelas otológicas, tendo em vista o início de reabilitação adequada. O rastreio foi estruturado da seguinte forma: referência dos doentes a consulta de ORL dedicada a este tipo de rastreio, marcação de exames complementares para estudo de audição de acordo com as vagas existentes na Unidade de Audiologia, reavaliação após a execução dos exames e envio ao médico assistente ao à consulta de surdez, conforme os resultados. Dos 77 doentes internados, apenas 64 foram observados em consulta ORL e apenas 51 fizeram exames audiológicos. O tempo que mediou entre a alta e a execução de exames variou entre 1 mês e 12 meses (62,7% antes dos 3 meses). No total foram efectuados 98 exames complementares (audiometria

comportamental, impedância, potenciais evocados do tronco cerebral e otoemissões acústicas). Neste período não foi identificado nenhum caso de hipoacusia sensorineural. Da análise destes resultados conclui-se que este modelo de rastreio não é o ideal para atingir o objectivo definido, pelo que foram introduzidas alterações de acordo com um novo modelo mais apropriado, cuja implementação será alvo de futura análise.

## **FIBROUS BAND OF THE POSTERIOR COMMISSURE, A RARE COMPLICATION OF LARYNGEAL TRAUMA**

Luísa Monteiro, Pedro Brazão Santos, José Oliveira Santos; C. Barros; A César, Vital Calado  
Serviço de Otorrinolaringologia – Hospital de Dona Estefânia  
8th International Congress of Paediatric Otorhinolaryngology  
Oxford, 11-14 September 2002

### **Background:**

Laryngeal trauma can be classified either as external or internal with several complications associated with both of them. We describe a rare location of a fibrous band of the posterior commissure, following laryngeal trauma.

### **Case report:**

A 12 years old boy suffered a violent car accident 1,5 years before, with head trauma resulting in coma, necessitating emergency intubation that was kept for three weeks. He was discharged 3 months later with neurological sequelae. One year later, episodes of increasing breath distress and stridor occurred, and then stridor became constant and very loud, with normal voice production. When observed at our ENT department, stridor was very loud and some respiratory distress at rest was evident. Fibroscopic endoscopy was immediately performed by one of us: vocal cords were fixed in a paramedian position with a firm fibrous band bridging both vocal processes. Inspiratory efforts resulted in small abductory movements of the arytenoids, allowing inspiration through a small cleft. He was admitted to the operating room and anaesthesia was induced with easy intubation. Microsurgery of the larynx was performed. A firm fibrous bridge between the vocal processes was cutted with a scissors. Recovery from anaesthesia was uneventfully and the stridor disappeared completely. Fibrous endoscopic examinations performed at the third post-operative day, two and five months later showed no further limitations of inspiratory movements.

### **Conclusions:**

Any respiratory symptoms occurring after trauma of the larynx or intubation should be evaluated, no matter how many time elapsed.

## **ASSOCIAÇÃO DE ANESTÉSICO LOCAL NA ANALGESIA PÓS-OPERATÓRIA DA AMIGDALECTOMIA NA CRIANÇA.**

Inês Alpoim Moreira, J. Peres de Sousa, J; Vítor Neto, Vital Calado  
Serviço de Otorrinolaringologia – Hospital de Dona Estefânia

**Introdução:** A amigdalectomia é uma cirurgia que provoca muita dor no pós-operatório. Uma das terapêuticas praticadas é a utilização de anestesia infiltrativa local intra-operatória, nomeadamente com a bupivacaína ou a ropivacaína

**Objectivo:** Verificar a eficácia da administração intraoperatória de anestésico local, por infiltração na região do palatino posterior, como terapêutica adjuvante no controlo da dor pós-amigdalectomia, bem como de outras terapêuticas analgésicas sistémicas efectuadas.

**Método:** Estudo de coortes de intervenção.

**Material:** Foram seleccionadas as crianças internadas no Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital de Dona Estefânia, para serem submetidas a amigdalectomia bilateral, entre Janeiro de 2002 e Dezembro de 2002 (n=44). Como critérios de inclusão foram considerados a idade superior a 5 anos e inferior a 15 anos, bem como a ausência de atraso de desenvolvimento psicomotor. Todas as crianças foram submetidas a

cirurgia geral, tendo sido medicadas intra-operatoriamente, com um regime variável de analgesia (metamizol rectal, ou metamizol rectal e tramadol im, ou propacetamol ev). Na enfermaria foi prescrito paracetamol 8/8 h e metamizol s.o.s. O grupo de intervenção (n=22) foi submetido a analgesia sistémica, bem como a analgesia do tipo infiltrativo na região do palatino posterior com bupivacaína ou ropivacaína (2mg/ml), na dose necessária para atingir um halo branco na mucosa com cerca de 5mm (nunca ultrapassando a dose total de 1ml). O grupo de não intervenção (n=22) foi submetido apenas a analgesia sistémica.

**Resultados:** Foi feito o tratamento estatístico dos dados com testes de correlação de variáveis independentes. A intensidade da dor no dia da cirurgia no grupo de intervenção foi em média 6,5 e no grupo de não intervenção foi de 6,9 (na escala de 0 a 10), no entanto não se encontrou diferença estatisticamente significativa. Em ambos os grupos, o propacetamol ev mostrou ser ligeiramente mais eficaz, que os restantes esquemas analgésicos intraoperatórios. Nos dias seguintes à cirurgia a intensidade da dor manteve-se muito semelhante nos 2 grupos, sendo moderada/intensa em mais de 50% das crianças até ao 3º dia. A analgesia diária efectuada foi em média 1,5 supositórios de paracetamol/metamizol nos 3 primeiros dias.

**Conclusão:** Quanto menor a idade da criança, maior a intensidade da dor referenciada pela mesma. A analgesia local intraoperatória, com bupivacaína ou ropivacaína, não é suficientemente eficaz. A analgesia pós-operatória é administrada, na maioria dos casos, em doses subterapêuticas.

### **ABCESSOS / FLEIMÕES PERAMIGDALINOS – EXPERIÊNCIA DE 10 ANOS**

Inês Alpoim Moreira, Pedro Brazão Santos, Adriana Melo, Vítor Neto, Luísa Monteiro, Vital Calado  
Serviço de Otorrinolaringologia – Hospital de Dona Estefânia

**Introdução:** O abscesso/fleimão periamigdalino é a infecção profunda do pescoço mais frequente em idade pediátrica. Tem havido um longo debate na literatura acerca do tratamento correcto do fleimão/abscesso periamigdalino. Muitos clínicos tentaram determinar linhas orientadoras, de modo a reduzir o número relativamente alto de recorrências. Um dos problemas surge na diferenciação entre abscesso e fleimão, onde a clínica é muitas vezes insuficiente, sendo o diagnóstico final feito aquando da intervenção cirúrgica.

**Objectivo:** Neste artigo é feita uma revisão da casuística dos abscessos / fleimões periamigdalinos dos últimos 10 anos do serviço de Otorrinolaringologia (ORL) do Hospital de Dona Estefânia (H.D.E.), com o intuito de homogeneizar as atitudes terapêuticas e estabelecer de futuro um protocolo.

**População e Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo baseado na consulta dos processos clínicos, sendo avaliada a idade, o sexo, a duração do internamento, exames diagnósticos realizados, tipo de terapêutica médica e cirúrgica realizada, bem como o registo dos doentes que foram posteriormente submetidos a amigdalectomia. No período de dez anos analisado, ocorreram 158 casos de internamento por abscesso / fleimão periamigdalino no H.D.E.

**Resultados:** A idade média de apresentação foi de 9 anos, com o um mínimo de 0 e máximo de 15 anos, com igual incidência em ambos os sexos. A distribuição dos casos foi homogénea ao longo do ano. Cerca de 60% das crianças tinham história de amigdalites de repetição. A terapêutica médica consistiu, na maioria dos casos, na associação de penicilina (ou derivado) e metronidazol, ambos por via endovenosa. Cerca de 30% das crianças foram submetidas a terapêutica cirúrgica, sempre sob anestesia geral. A duração média do internamento foi de 5 dias, com um mínimo de 1 e máximo de 9 dias. A duração do internamento foi semelhante nas crianças submetidas a cirurgia e nas submetidas só a terapêutica médica.

**Conclusões:** Existe alguma discrepância no tipo de terapêutica médica administrada, principalmente devido à inexistência de um protocolo internacionalmente aceite, bem como ausência de um protocolo no nosso Serviço. A decisão sobre quando recorrer a terapêutica cirúrgica incide na maioria dos casos sobre critérios clínicos, e só no caso de suspeita de complicações ou de outros diagnósticos se justifica recorrer a exames imagiológicos. Nas crianças a colaboração é deficiente, pelo que se recorre, quase sempre, à anestesia geral para drenagem cirúrgica.

### **MASTOIDITE AGUDA TUBERCULOSA NA CRIANÇA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.**

Inês Alpoim Moreira, Isabel Martins, Carlos Carvalho, A Melo, Vital Calado, Rosa Barros, Ana Leça, Manuela Veiga

Serviço de Otorrinolaringologia: Serviço de Patologia Clínica; Serviço de Infecçiology; Serviço 2 de Pediatria – Hospital de Dona Estefânia - Lisboa

**INTRODUÇÃO:** O *Mycobacterium tuberculosis* é uma causa rara de mastoidite, embora alguns estudos recentes mostrem um aumento das infecções por *Mycobacteria*, incluindo o *M. tuberculosis*, nomeadamente na criança imunocompetente. Frequentemente existe um atraso no diagnóstico, principalmente se não existir história de imunodeficiência ou de tuberculose pulmonar. Para além disso, embora a história clínica mais comum seja de antecedentes de otorreia crónica, o curso da doença também pode ser a de uma mastoidite aguda.

**OBJECTIVO:** Descrição de uma apresentação clínica rara de mastoidite tuberculosa na criança, bem como uma sumária revisão sobre o tema.

**MÉTODO:** Estudo de caso clínico

**MATERIAL:** Caso clínico de uma criança de 4 anos de idade, internada no Hospital de Dona Estefânia, em Dezembro de 2002, com o diagnóstico de mastoidite aguda.

**RESULTADOS:** Caso Clínico: a criança apresentava como antecedentes relevantes história de 1 amigdalite, 3 semanas antes do actual internamento, tendo sido medicada com claritromicina. Por não ter melhorado ao fim de 7 dias, foi reavaliada tendo sido diagnosticada uma pneumonia da base esquerda, a qual foi medicada com cefuroxime acetil, durante 7 dias. Iniciou entretanto otalgia direita, pelo que foi medicada com amoxicilina/ác.clavulânico. Ao fim de 7 dias houve um agravamento do quadro clínico com aparecimento de sinais clínicos de mastoidite aguda à direita, motivo pelo qual foi internada no nosso hospital. Iniciou terapêutica endovenosa empírica com Ceftriaxone (700mg 12/12h), bem como foi feita, sob anestesia geral, miringocentese à direita com saída de líquido seroso, bem como punção retroauricular sem saída de pús. Por não haver melhoria da mastoidite aguda, foi novamente ao bloco operatório ao 7º dia de internamento, para colocação de tubo de ventilação transtimpânico à direita. No dia seguinte, por agravamento do quadro, voltou ao bloco operatório, onde foi submetida a uma mastoidectomia. Apresentava destruição total da cortical externa da mastóide direita, com preenchimento de todas as células mastoideias, antro, ático posterior e anterior até à apófise zigomática, com mucosa espessada e lardácea. Neste mesmo dia iniciou terapêutica endovenosa com cefotaxime, vancomicina e clindamicina. Dez dias depois surge novo agravamento do quadro clínico, pelo que foi submetida a nova intervenção cirúrgica. Observou-se tecido de granulação exuberante em toda a zona da anterior mastoidectomia, que se excisou e foi enviado para exame anatomopatológico. Dada a evolução anómala da situação e face à não resposta a uma terapêutica médica e cirúrgica bem conduzidas resolvemos iniciar no mesmo dia 4 antibióticos empíricamente (isoniazida 10mg/kg/dia, rifampicina 15mg/kg/dia, pirazinamida 30mg/kg/dia e estreptomicina 40mg/kg/dia), bem como corticoterapia. Desde então verificou-se uma melhoria progressiva do quadro clínico, nomeadamente ausência de febre e de sinais de mastoidite, até ao fim do internamento. O diagnóstico de mastoidite de etiologia tuberculosa foi feito com base no resultado do suco gástrico, o qual foi positivo para BK. As amostras de tecido de granulação colhidas durante a última mastoidectomia mostraram evidência de *mycobacterium tuberculosis*.

**CONCLUSÃO:** Numa mastoidite aguda que não responda adequadamente à terapêutica antibiótica empírica, deve-se considerar a existência de patógenos menos comuns, nomeadamente as *mycobactérias*, bem como deve ser considerada a intervenção cirúrgica. A suspeita do diagnóstico e a instituição precoce de terapêutica antituberculosa é essencial para que sejam evitadas complicações graves.

## **NEM TODO O ESTRIDOR É LARINGITE- CASO CLÍNICO**

Pedro Brazão Santos, Luisa Monteiro, J. A. Oliveira Santos, Celso Barros, Ana César, Vital Calado  
Serviço de Otorrinolaringologia – Hospital de Dona Estefânia

**Introdução:** As lesões traumáticas da laringe podem ocorrer por traumatismo mecânico externo, por traumatismo relacionado com entubação traqueal ou pela associação de ambos. Em idade pediátrica são cada vez mais frequentes os traumatismos por agentes externos, mercê do envolvimento de crianças em acidentes de viação. Em relação às lesões relacionadas com a entubação traqueal, elas podem ocorrer de uma forma aguda, por traumatismo directo na altura dum entubação difícil ou de emergência, ou por entubação prolongada.

**Descrição:** Descreve-se um caso clínico de um rapaz de 12 anos que sofreu, em Março de 2000 um acidente de viação com traumatismo craniano de que resultou coma e ferida cervical. Foi submetido a entubação traqueal no H. de Aveiro, sendo transferido para o H. Pediátrico de Coimbra, mantendo-se entubado durante 3 semanas e sendo submetido a 4 intervenções do foro neurocirúrgico. É posteriormene tranferido para o H. de Dona Estefânia, com tetraparésia espástica e incontinência dos esfínteres. Durante o internamento é reconhecido que o doente não emite som quando chora. Após estabilização do quadro clínico é transferido para Alcoitão, iniciando reabilitação.

Seis meses após o acidente surge respiração ruidosa, evoluindo para estridor progressivo e cansaço fácil. O doente mantinha-se disfásico, mas com bom timbre de voz. Recorreu várias vezes ao Serviço de Urgência do HDE por agudização do estridor e dificuldade respiratória, sendo instituída terapêutica com aerossóis. Por agravamento dos sintomas é submetido a fibroendoscopia laríngea em 2 hospitais, sendo feito o diagnóstico de fixação das cordas por sinéquia. Em Janeiro de 2002 é enviado à consulta de Broncologia do nosso hospital onde é submetido a fibroendoscopia de urgência que confirmou a existência de uma banda fibrosa da comissura posterior, com fixação das cordas em adução. O estridor era intensíssimo, fazendo-se a inspiração por uma pequena fenda glótica. O doente é submetido a intervenção cirúrgica de urgência, microcirurgia em suspensão, com lise de sinéquia muito dura da comissura posterior. No pós-operatório imediato a respiração era normal, tendo desaparecido o estridor. Controles periódicos por fibroendoscopia até ao 5º mês pós-operatório permitiram observar o progressivo regresso à normalidade anatómica da endolaringe deste doente.

**Discussão:** este caso clínico demonstra a necessidade de preceder à observação da laringe sempre que surjam sintomas de disфонia, dificuldade respiratória ou estridor em doentes vítimas de traumatismo cervical ou submetidos a entubação traqueal. A fibroendoscopia é o exame mais adequado pois permite a observação dinâmica da laringe, sem necessidade de anestesia geral. Neste caso concreto, além de ter permitido o diagnóstico, permitiu programar com segurança a actuação da equipa anestésica e cirúrgica.

## **SEQUELAS OTOLÓGICAS DAS MENINGITES BACTERIANAS**

Inês Soares da Cunha, Vital Calado, Maria Leonor de Carvalho, Ana Leça, Horácio Cardoso, Salvador Cabrita, Luisa Monteiro, Lurdes do Ó  
Serviço de Otorrinolaringologia – Serviço 2 Sala 3 - Hospital de Dona Estefânia

**Introdução:** A meningite bacteriana é uma doença infecto-contagiosa grave, potencialmente letal e de que podem resultar sequelas neurológicas, sensoriais ou motoras. A complicação major mais frequente é a surdez sensorineural, irreversível e por vezes bilateral. As lesões cocleares podem evoluir com obliteração causada por fibrose e focos de calcificação, o que dificulta a reabilitação através de colocação de implantes cocleares.

A importância desta sequela sensorial para o desenvolvimento e aquisição de linguagem da criança afectada justifica a preocupação dos profissionais envolvidos no tratamento e acompanhamento destes doentes.

**Conteúdo:** Os autores descrevem os vários modelos fisiopatológicos que visam explicar a lesão coclear após a meningite bacteriana, bem como a sua evolução temporal, influência do tratamento e factores que alteram o prognóstico da sequelas audiológicas.

As características epidemiológicas da meningite bacteriana em idade pediátrica variam de acordo com a localização geográfica e também têm variado ao longo dos anos, sobretudo à medida que são introduzidas novas vacinas. A Unidade de Doenças Infecto-contagiosas do H. de Dona Estefânia tem uma longa experiência no tratamento desta doença, sendo apresentada a casuística desta Unidade ao longo de 21 anos (1057 casos), prevalência dos vários agentes etiológicos e sua variação ao longo dos anos e de acordo com a faixa etária. São descritas as complicações mais frequentes nesta população. A incidência de hipoacusia sensorineural foi de 10% nas meningites causadas por *Streptococcus pneumoniae* e 15% nas meningites causadas por *Neisseria meningitidis*, sendo estes valores substancialmente diferentes dos apresentados por autores de outros países.

**UNIDADE DE OFTALMOLOGIA**  
**Director: Dr JOSÉ CARLOS MESQUITA**

**DISPLASIA BRONCO-PULMONAR - APOIO OFTALMOLÓGICO**

Cristina Brito

\*Unidade de Oftalmologia Pediátrica do Hospital de Dona Estefânia

1ª Reunião da Associação Oásis, Lisboa, Abril de 2002

Mesa Redonda - Apoios complementares à criança com doença pulmonar crónica

**RESUMO:**

A criança prematura tem maior probabilidade de adquirir perturbações da função visual, sendo as principais causas a imaturidade do globo ocular à nascença e as complicações neurológicas próprias da prematuridade. Em condições normais, a retina apenas se encontra completamente vascularizada por volta do nascimento, ou pouco depois, pelo que o prematuro nasce com a retina parcialmente avascular. O processo de vascularização, após o nascimento, vai prosseguir sob o efeito da hipóxia local, também ela dependente de fenómenos vasculares sistémicos, podendo ser a causa de proliferação fibrovascular na periferia da retina que nos piores casos evolui para processos de tracção e descolamento. A retinopatia do prematuro consiste, pois, numa doença vascular retiniana proliferativa própria do lactente prematuro.

O risco de retinopatia é tanto maior quanto mais precoce tenha sido o nascimento, menor o peso à nascença, maiores as necessidades de oxigénio complementar, em suma, quanto mais imatura seja a criança. É rara quando o peso à nascença é superior a 2000g e muito provável se menor que 1250g ou idade gestacional for inferior a 28 semanas. Na maioria dos casos a retinopatia apenas atinge os estádios ligeiro ou moderado, começando a regredir a partir das 34 a 46 semanas de idade gestacional. Caso contrário, a evolução para proliferação fibrovascular grave ou descolamento pode comprometer gravemente a visão, estando indicado o tratamento imediato, que nem sempre leva a bons resultados.

Após a regressão da retinopatia as sequelas da prematuridade, ao nível do globo ocular ou das vias e centros nervosos visuais, aumentam a probabilidade da ocorrência de outras complicações oftalmológicas. Destacam-se os defeitos de refração (miopia, astigmatismo, anisometropia), as perturbações do equilíbrio oculomotor (estrabismo e nistagmo) e a ambliopia.

O rastreio e acompanhamento oftalmológico deve iniciar-se ainda na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e prolongar-se ao longo de todo o período do desenvolvimento da criança e adolescência. A periodicidade dos exames deve ser adaptada às alterações encontradas e à idade.

**ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS EM CRIANÇAS PORTADORAS DE SPINA BIFIDA**

Cristina Brito, Ana Xavier

\*Unidade de Oftalmologia Pediátrica do Hospital de Dona Estefânia

III Congresso Internacional de Cirurgia do Estrabismo, Luso, Junho de 2002, (Comunicação Livre)

**Resumo:**

A spina bífida é a malformação major mais frequente do sistema nervoso central, apresentado gravidade e manifestações clínicas variáveis consoante a região do tubo neural afectada. Malformações associadas podem ser a causa de manifestações oftalmológicas. As oculares são raras, as do tronco cerebral são mais frequentes originando perturbações da motilidade ocular e sinais de hidrocefalia.

Mais de um terço das crianças afectadas por esta anomalia têm um desenvolvimento ocular e visual normais. As manifestações oculares relacionam-se primordialmente com a hidrocefalia e a malformação de Arnold-Chiari, pelo que estes doentes podem apresentar estrabismos (convergente, divergente e vertical), outras perturbações supranucleares da motilidade (nistagmo, síndrome de Parinaud, oftalmoplegia internuclear), compromisso dos nervos ou vias ópticas (defeitos campimétricos, atrofia óptica).

Frequentemente os primeiros sinais são oftalmológicos, pelo que se aconselha o rastreio e avaliação oftalmológica regular, uma vez que a detecção precoce pode prevenir danos irreversíveis da função visual, e assim se evitar maior agravamento da qualidade de vida nestes doentes.

### **"A CASE OF MOEBIUS- POLAND SEQUENCE: WHERE DID IT START?"**

Ana Xavier\*, Cristina Brito, Álvaro Jorge, José Nepomuceno, José Carlos Mesquita

Unidade de Oftalmologia do Hospital de Dona Estefânia

Comunicação oral apresentada no 28 th Meeting of. European Paediatric Ophthalmological Society (EPOS) Figueira da Foz, 4 a 6 de Outubro de 2002

#### **Resumo:**

Moebius sequence is a rare disorder characterized by congenital palsy of the 6<sup>th</sup> and 7<sup>th</sup> cranial nerves. Other cranial nerves may be affected, skeletal and orofacial anomalies and mental retardation occur. The etiology of these abnormalities remain controversial, however, recent evidence suggests these defects result from a vascular insult early in pregnancy. Congenital total horizontal gaze deficits are rare. The aim is to report a case of Moebius-Poland sequence and interpret the constellation of ophthalmologic and clinical findings presented and radiological abnormalities detected with magnetic resonance imaging and propose a possible etiological mechanism. A boy, twelve years old, exhibited a profound horizontal gaze anomaly with an A-pattern, absence of abduction and horizontal versions, limited adduction, total failure of horizontal saccades, abnormal lacrimation and bilateral epicanthus. Cranial nerve impairments included paralysis of the abducens, facial and hypoglossal nerves. In addition there was microdactyly, syndactyly and hypotrophic right hand, aplasia of the right pectoralis major, mammary gland and nipple. The patient underwent ophthalmologic, neurological, genetic-clinic, otorhinolaryngologic examinations and magnetic resonance imaging was performed. We propose our patient's brain stem midline abnormalities may be the result of an unknown vascular insult that affected a zone of vascular vulnerability of the fetal brain stem.

### **EXAME OFTALMOLÓGICO PEDIÁTRICO**

José Nepomuceno

Unidade de Oftalmologia Pediátrica do Hospital de D. Estefânia

Congresso do Hospital de Dona Estefânia (125 anos na Saúde da Mulher e da Criança)

Lisboa, 16 - 18 de Outubro de 2002 (Mesa Redonda – Alterações da visão binocular)

#### **Resumo:**

Nesta comunicação o autor pretende elucidar de uma forma genérica e simplificada todos os profissionais que colaboram no atendimento das crianças num Hospital Pediátrico, nomeadamente administrativos, auxiliares de acção médica, enfermeiros e médicos, sobre particularidades do exame oftalmológico, cujo conhecimento pode contribuir para uma melhoria da qualidade da assistência prestada e sucesso terapêutico. São abordadas a importância de uma interacção adequada com a criança e os pais e, a um nível mais específico, particularizadas as formas de avaliação da acuidade visual, observação sob cicloplegia, biomicroscopia e fundoscopia, bem como referenciados alguns exames considerados fundamentais num Hospital Central, nomeadamente os Campos Visuais e o Estudo Electrofisiológico

### **“ DESENVOLVIMENTO DA VISÃO ”**

Ana Xavier, Cristina Brito, José Nepomuceno, José Carlos Mesquita

Unidade de Oftalmologia do Hospital de Dona Estefânia

Congresso do Hospital de D.<sup>a</sup> Estefânia - 125 Anos na Saúde da Mulher e da Criança

Lisboa, 16 a 18 de Outubro de 2002. (Comunicação oral - Mesa redonda)

#### **Resumo:**

O desenvolvimento da visão é uma área de difícil estudo uma vez que o processamento visual e a sua avaliação estão dependentes do desenvolvimento das estruturas oculares, do S.N.C. e do comportamento

relacionado com a experiência visual. Foram destacados o paralelismo existente entre o desenvolvimento anatómico e o desenvolvimento funcional, tanto do sistema visual propriamente dito como do S.N.C., as noções de períodos críticos ou sensíveis e de plasticidade do sistema visual, o desenvolvimento simultâneo mas individual das diferentes funções visuais. A evolução da oculomotricidade (reflexo oculo-vestibular, nistagmo opto-cinético, sacadas, movimentos de perseguição, acomodação e vergência) do campo visual, das funções visuais (exploração do espaço, sensibilidade ao contraste, sensibilidade espectral, fixação ocular, cooperação binocular, fusão e estereopsia, acuidade visual ) foi particularizada na sua relação com as diferentes fases do desenvolvimento.

## **AMBLIOPIA**

Cristina Brito

Unidade de Oftalmologia Pediátrica do Hospital de Dona Estefânia

Congresso do Hospital de Dona Estefânia (125 anos na Saúde da Mulher e da Criança)

Lisboa, 16 - 18 Outubro de 2002 (Mesa Redonda – Alterações da visão binocular)

### **Resumo**

A ambliopia é um defeito sensorial que resulta de uma experiência visual anómala no princípio da vida, durante o período de maturação do sistema visual, e aparentemente corresponde a anomalias estruturais ao nível do corpo geniculado externo.

Afecta cerca de 2% da população geral, sendo a principal causa de deficiência visual em crianças e adultos com idade inferior a 45 anos.

Os mecanismos fisiopatológicos subjacentes são basicamente dois: a subestimulação retiniana e/ou a interacção binocular anormal por conflito entre as aferências visuais provenientes de cada olho. Qualquer que seja a causa, a sensibilidade para o seu desenvolvimento e o potencial de reversibilidade dependem apenas da idade, sendo inversamente proporcionais a ela. Após os 6 – 8 anos a probabilidade da sua aquisição ou da sua cura é muito baixa, dado que a maturação visual está completa e as vias retinocorticais e os centros visuais atingiram a sua maturidade, ou quase.

Clinicamente traduz-se por uma diferença da melhor acuidade visual entre os dois olhos, podendo ser ligeira, moderada ou profunda. Etiologicamente, as principais causas são defeitos refractivos (em especial a anisometropia) e os estrabismos.

O diagnóstico baseia-se na avaliação da preferência de fixação e nos testes de acuidade visual. Deve ser tanto precoce quanto possível, de modo a obter melhor prognóstico.

A estratégia terapêutica baseia-se em providenciar uma imagem retiniana nítida seguida pela correcção da dominância ocular. O prognóstico está largamente dependente da idade do doente e da profundidade da ambliopia.

Realça-se a importância do rastreio visual pré-escolar, o que tem sido corroborado pelos dados epidemiológicos de regiões com melhor medicina preventiva em que se verificou que os rastreios programados têm vindo a reduzir a prevalência de ambliopia, assim como das formas mais graves.

**UNIDADE DE ESTOMATOLOGIA**  
**Directora: Dr.<sup>a</sup> ROSÁRIO MALHEIRO**

**QUISTOS DOS MAXILARES**

R. Malheiro\*, A. Fernandes\*, J. Pinheiro\*, M. Tolentino\*.

Unidade de Estomatologia do Hospital de Dona Estefânia, Lisboa.

Aula proferida no âmbito da disciplina de Terapêutica Especial

6ºano do Curso de Medicina Dentária do Instituto Superior de Ciências da Saúde

Monte Caparica, 25 de Janeiro de 2002

**Introdução:** Os Quistos dos Maxilares são entidades de etiopatogenia múltipla, cujo diagnóstico diferencial e respectivas implicações terapêuticas constituem uma rotina quotidiana do exercício clínico da Estomatologia.

**Objectivo:** Rever quadros clínico-radiológicos patognomónicos, clarificando a terminologia da OMS.

**Síntese:** Com elevada frequência assistimos à confusão entre Quistos Fissurários e Quistos Odontogénicos, entre Quistos Dentígeros e Quistos Inflamatórios Não Odontogénicos e somos chamados a validar diagnósticos que reconhecemos incorrectos. Apresentam-se exemplos clínicos de casos da experiência dos autores, através da projecção de diapositivos e comentam-se as questões a ponderar nas opções cirúrgicas.

**Conclusões:** O tratamento adequado das lesões quísticas dos maxilares não se contempla com a exiguidade diagnóstica do armamentário do generalista, baseando-se no diagnóstico suportado pelo conhecimento cabal das aberrações relativas à odontogénese.

**TRAUMATISMOS ALVÉOLO-DENTÁRIOS: COMPLICAÇÕES E PREVENÇÃO, EXPERIÊNCIA CLÍNICA.**

J. Pinheiro \*\*, M. J. Paulo Costa \*, M. Rosário Malheiro\*\*

\* Serviço de Estomatologia Hospital S. José, Lisboa \*\* Unidade Estomatologia Hospital D Estefânia, Lisboa  
Congresso do HDE – 125 Anos na Saúde da Mulher e da Criança

Lisboa, 17 Outubro 2002. (Mesa redonda «Experiência de uma Unidade Estomatológica em Pediatria»)

**Introdução:** Passam-se em revista aspectos clinicamente curiosos de traumatismos associados a padrões dento-esqueléticos de Classe II.

**Objectivo:** Tecer considerações sobre as complicações mais frequentes, sistematizando as medidas preventivas actualmente disponíveis e ilustrando cada entidade abordada pela projecção de diapositivos de casos clínicos.

**Síntese:** Revê-se o protocolo do Prof. J. O. Andreasen (Serviço de Cirurgia e Patologia Oral do Hospital Universitário de Copenhaga), em cuja metodologia temos baseado o exercício clínico e nos tem permitido resultados satisfatórios.

**Conclusões:** O tratamento ortodôncico e a correcção das anomalias dento-esqueléticas, sobretudo nos padrões de Classe II, diminuem eficazmente a elevada incidência dos traumatismos.

Aparelhos para protecção dento-alveolar (goteiras) – sobretudo os individualizados – beneficiam claramente estes doentes, sendo também insubstituíveis na população que pratica actividades desportivas ditas de contacto físico.

**TRAUMATISMOS ALVÉOLO-DENTÁRIOS: LESÃO DOS TECIDOS DE SUPORTE, EXPERIÊNCIA CLÍNICA.**

M. J. Paulo Costa \*, J. Pinheiro\*\*, M. Rosário Malheiro\*\*

\* Serviço de Estomatologia Hospital S José, Lisboa \*\* Unidade Estomatologia Hospital D Estefânia, Lisboa  
Congresso do HDE – 125 Anos na Saúde da Mulher e da Criança

Lisboa, 17 Outubro 2002. (Mesa redonda «Experiência de uma Unidade Estomatológica em Pediatria»)

**Introdução:** Passam-se em revista aspectos do diagnóstico, do tratamento e do prognóstico deste tipo de traumatismos, atingindo 3 em cada 10 crianças.

**Objectivo:** Tecer considerações circunstanciadas sobre as concussões, sub-luxações, luxações e fracturas alveolares, ilustrando cada entidade abordada pela projecção de diapositivos de casos clínicos.

**Síntese:** Revê-se o protocolo do Prof. J. O. Andreasen (Serviço de Cirurgia e Patologia Oral do Hospital Universitário de Copenhaga), em cuja metodologia temos baseado os procedimentos terapêuticos e nos tem permitido resultados satisfatórios.

**Conclusões:** As lesões periodontais conduzem os timings de abordagem terapêutica e são o cerne do sucesso/insucesso. Na actualidade, exceptuadas as fracturas das apófises alveolares e as fracturas radiculares, preferimos contenções especialmente breves, permitindo a reinstituição precoce da estimulação ligamentar funcional.

## **CELULITES DA FACE DE ORIGEM DENTÁRIA - CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS**

A. Fernandes, Rosário Malheiro, Manuel Tolentino

Unidade de Estomatologia do Hospital de Dona Estefânia, Lisboa.

Congresso do HDE – 125 Anos na Saúde da Mulher e da Criança

Lisboa, 17 Outubro 2002. (Mesa redonda - Experiência de uma Unidade Estomatológica em Pediatria)

**Objectivos:** tecer considerações clínicas acerca de 4 doentes internados no HDE por celulite odontogénica da face; salientar a importância do registo de imagem na nossa especialidade.

**Casos clínicos:** Trata-se de quatro crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 13 anos, apresentando-se com:

- uma celulite nasogeniana com origem em dente decíduo (iatrogénica, pós restauração dentária)
- três celulites genianas baixas com origem, uma em dente decíduo e as restantes em dentes definitivos (todos os focos sépticos causados por cárie dentária).

Sempre com base nas imagens, os autores comentam:

- forma de apresentação da celulite e relação anatómica com o foco séptico.
- terapêutica antibiótica: esquema de tratamento I (clindamicina, um doente), esquema de tratamento II (associação amoxicilina/ácido clavulânico + metronidazol, três doentes).
- terapêutica cirúrgica: drenagem (efectuada em dois doentes com celulite geniana baixa, por via cutânea) e eliminação dos focos sépticos (foram feitas extracções dentárias em todos os doentes, sob anestesia local ou geral, consoante o grau de colaboração).
- evolução.

**Conclusões:** Verificou-se uma evolução favorável em todos os casos, um pouco mais demorada quando o foco séptico se relacionou com dentes decíduos. Refere-se o facto desta patologia ser bastante frequente, representando cerca de 50% dos internamentos por celulite da face num hospital pediátrico e salienta-se o “mau estado dentário” das quatro crianças referidas, lembrando o muito que há a fazer na área dos cuidados primários.

## **A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS: RABDOMIOSSARCOMA E QUISTO DENTÍGERO**

M. Tolentino\*, R. Malheiro\*, A. Fernandes\*

\*Unidade de Estomatologia do Hospital de Dona Estefânia, Lisboa.

Congresso do HDE – 125 Anos na Saúde da Mulher e da Criança

Lisboa, 17 Outubro 2002. (Mesa redonda Experiência de uma Unidade Estomatológica em Pediatria)

**Introdução:** Ilustram-se os casos clínicos apresentados com diapositivos.

**Objectivo:** Revisão de aspectos clinicamente circunstanciados do diagnóstico, diagnóstico diferencial e tratamento destas entidades, valorizando a participação da estomatologia.

**Casos Clínicos:** O primeiro caso diz respeito a um rabdomiossarcoma mandibular direito, do tipo embrionário, numa menina de 8 anos de idade internada pela urgência com assimetria facial e fractura patológica do ramo direito da mandíbula.

O segundo caso diz respeito a um quisto dentígero ocupando  $\frac{3}{4}$  do ramo horizontal esquerdo da mandíbula, com origem em 7.5, em menina de 2 anos de idade, referenciada para a Unidade de Estomatologia

**Conclusão:** As tumefacções da face exigem formação científica extensa na área da estomatologia, sem a qual não existe discernimento indispensável à interpretação diferenciada de dados imagiológicos .

## **A IMAGEM NO DIAGNÓSTICO MÉDICO – UMA PERSPECTIVA**

Rosário Malheiro

Unidade de Estomatologia do Hospital de Dona Estefânia, Lisboa.

Congresso Ibérico de Fotografia Médica Digital, Conferência

Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa, 30 de Novembro de 2002.

**Síntese:** O exame objectivo do doente comporta, desde logo, a inspecção que consta da recolha visual de dados objectivos cujo registo é fotográfico.

É esse tipo de registo, aliás, que permite a reobservação do doente, na respectiva ausência e o reequacionar de dados, quantas vezes mais acessíveis numa imagem em grande aumento, observada em tempo social mais reservado.

Muitas circunstâncias clínicas, mesmo que não implicando aspectos patognomónicos, delineam, pela respectiva aparência, diagnósticos diferenciais obrigatórios: da patologia da mucosa e cutânea, à dentária e maxilo-facial.

A integração dos dados de inspecção com a imagem relativa aos exames complementares de diagnóstico (radiológicos, cintigráficos, anátomo-patológicos, etc) constitui o essencial do “processo clínico” estomatológico, base do raciocínio diagnóstico e da ponderação terapêutica. Mais permite a sistematização rigorosa das características dos quadros evolutivos e a epicrise, quando necessária.

Acresce a utilidade social da imagem, fotográfica ou outra: *simplifica* a relação linguística com a população de maior *iliteracia*, identifica o doente com um grupo patológico de características semelhantes despenalizando a “*solidão da doença*”, inibe a possibilidade de *falsear* dados médico-legais...

**SERVICO DE ANESTESIOLOGIA**  
**Director: Dr. JOAO SANTIAGO MAIA**

**A VIOLÊNCIA DA DOENÇA FÍSICA**

Lúcia Nóbrega; Teresa Cenicante

Serviço de Anestesiologia

Grupo de Trabalho Contra a Dor

XIII Encontro Nacional de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

Porto, Dezembro de 2002

**Resumo:** Os avanços na Medicina, nas áreas do conhecimento científico e meios tecnológicos de prevenção, diagnóstico e terapêutica das duas últimas décadas, tornam possível que muitas crianças (recém-nascido prétermo ao adolescente) com doença aguda médica ou cirúrgica sejam tratadas com sucesso, e que, as que sofrem de doença crónica e que não teriam sobrevivido, tenham agora, uma melhor qualidade de vida e consigam atingir a vida adulta.

À medida que esta tendência se verifica, constata-se que, cada vez mais, os médicos e as próprias famílias, recorrem à intervenção de profissionais especializados na área da saúde mental, para os ajudar a “lidar” com as alterações do aparelho psíquico resultantes da doença física.

Analisar o impacto da doença física como um “acto de violência”, significa avaliar os factores que intervêm na reacção da criança à doença física, aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, à hospitalização (fontes de ansiedade e dor), e à sua repercussão imediata ou futura, no funcionamento psicológico e social da criança.

Os factores que intervêm na reacção da criança à doença física parecem depender: da gravidade da doença (aguda ou crónica), do grupo etário e desenvolvimento cognitivo, dos tipos de procedimentos necessários (diagnóstico, tratamento... hospitalização) e dos mecanismos de adaptação psicológicos e dos apoios adaptativos circundantes (pais, eficiência e segurança dos profissionais de saúde, intervenção psicoterapêutica).

Cabe a todos os profissionais de saúde, nomeadamente aos Anestesiologistas, assegurar o bem estar físico da criança e, cientes dos factores de risco psicológico associados à doença física, preveni-los ou minimizá-los. É de salientar o papel relevante da Pedopsiquiatria no estabelecimento de planos de intervenção que podem alterar o percurso e o resultado da doença, maximizando o bem estar da criança (família) com doença crónica e/ou dor crónica.

**SERVICO DE URGÊNCIA**  
**Directora: Dr.<sup>a</sup> LURDES DO Ó FIGUEIRA**

**UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**  
**Responsável: DR CARLOS VASCONCELOS**

**O INTENSIVISMO NO HDE**

Carlos Vasconcelos  
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos  
Hospital Dona Estefânia  
Congresso dos 125 anos do Hospital Dona Estefânia (Palestra)  
Lisboa – 16 a 18 de Outubro 2002

Nesta palestra foram abordados vários aspectos referentes à Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos: características, actividades, perspectivas futuras.

**Caracterização:**

Unidade médico-cirúrgica com 11 anos e meio de existência; lotação de 9 camas com 6 postos de ventilação mecânica; ratio enfermagem/cama de 1:1.8 a 1:2.0.

**Panorama noso-demográfico:**

Total de 4 970 admissões; média anual de 400 admissões; tendência decrescente do número anual de admissões e tendência crescente da gravidade das situações; sexo masculino 56.2%, feminino 43.8%; cerca de 68% com idade  $\leq$  a 6 anos e 34.8%  $\leq$  a 1 ano; residentes no distrito de Lisboa 67.8%, no distrito de Setúbal 12.3%, no distrito de Santarém 5.5% e os restantes em outros distritos; 40.9% provenientes do SU do HDE, 25.9% de outros Hospitais, 17.4% do bloco operatório e 15.9% de enfermarias do HDE.

Eram de tipo médico 76.5% dos doentes, de tipo cirúrgico 19.0% e os restantes 4.5% queimados e traumatizados; a patologia respiratória foi a mais frequente (20.9%), seguindo-se a infecciosa (12.7%) e a neurológica (10.5%); a gravidade das situações clínicas, avaliadas pela instabilidade fisiológica (pontuação PRISM) foi ligeira ( $<$  5 pontos) em 51.6% dos casos, moderada (5 a 15 pontos) em 39.3% e grave ou muito graves ( $>$  15 pontos) em 9.1%.

Foram submetidos a um ou mais períodos de ventilação mecânica 21.9% dos doentes, foram colocados um ou mais cateteres centrais em 15.1%, foram transfundidos com derivados do sangue 27.3%, fizeram alimentação parentérica 8.6%, foram submetidos a RCR 3.9% e foi utilizada uma ou mais técnicas dialíticas em 0.9%.

O internamento teve uma duração  $\leq$  a 1 dia em 40.8% dos casos, de 2 a 3 dias em 31.2%, de 4 a 7 dias em 16.7%, de 8 a 15 dias em 7.8%, de 16 a 30 dias em 2.6% e mais de 30 dias em 1.0%.

**Investimento e resultados:**

O investimento terapêutico, avaliado em função da pontuação TISS, foi baixo ( $\leq$  5 pontos) em 10.7% dos casos, moderado (6 a 15 pontos) em 40.1%, alto (16 a 30 pontos) em 35.8% e elevado ( $>$  30 pontos) em 13.4%. Em termos de investimento financeiro, segundo os dados disponíveis (1992-1998), verificou-se um aumento gradual ao longo deste período tanto para os custos por dia de internamento (13 para 28 contos) como por doente tratado (436 para 1 191 contos). Os gastos da Unidade representaram anualmente entre 9 a 12% dos gastos globais do Hospital Pediátrico.

Dos doentes tratados 3 800 (76.5%) foram transferidos para enfermarias do HDE, 506 (10.2%) tiveram alta para o domicílio, 349 (7.0%) transferidos para os Hospitais de origem ou da área de residência e 315 (6.3%) faleceram na Unidade.

Estatisticamente, a mortalidade observada (6.3%) não difere da esperada (6.2%) calculada através do PRISM, sendo a razão de mortalidade padronizada de 1.018 com um IC de 0.976 a 1.060.

**Actividades pedagógica e científica:**

Demos contributo na formação, actualização e avaliação de 99 internos e de 19 assistentes hospitalares, predominantemente da área da Pediatria Médica, num total de 118 estagiários e um somatório de 393 meses de estágio.

Publicámos 24 trabalhos, dos quais 6 resumos em revistas internacionais, fizemos 110 comunicações, das quais 9 em reuniões internacionais, apresentámos 27 posters, dos quais 7 em reuniões internacionais, colaborámos em 3 trabalhos de investigação científica a nível nacional e/ou internacional, presidimos ou moderámos mais de uma dezena de mesas redondas, participámos em vários workshops e organizámos 2 reuniões de cuidados intensivos pediátricos.

Objectivos:

Assistenciais:- Alargamento assistencial às áreas da neurocirurgia, da cirurgia cardíotorácica, do transporte do doente crítico pediátrico ... com conseqüente aumento de lotação para 10 a 11 camas; aumento do “staff” de enfermagem (ratio máximo 1:1.5) e estabilidade do mesmo, profissionalização de todo o corpo técnico, aquisição/renovação de equipamentos, apoio permanente de outras áreas de acção médica ... melhorar a eficiência, a eficácia e a rendibilidade da Unidade.

Pedagógicos:- Melhorar a calendarização, os programas e acompanhamento dos estágios em coordenação com as direcções do Internato Médico e dos Serviços; pugnar por estágios “obrigatórios”, para todos os internos de Pediatria, com duração mínima de 6 meses, na Unidade; organização de cursos e acções de formação intra e extra-HDE (RCP, TDC, ...); criação de Ciclo de Estudos Especiais.

Científicos: - Condução e participação em projectos originais de investigação científica; publicação de mais e melhores artigos científicos; organização periódica e participação activa em reuniões científicas.

### **ACIDENTE COM LÁPIS NUM LACTENTE - UM CASO CLÍNICO**

Alexandra Carvalho, Isabel Fernandes, Rosalina Valente, Lurdes Ventura, M Carmo Vale, Carlos Vasconcelos

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos - Hospital de Dona Estefânia  
Acta Pediatr. Port., 2002; Nº 3; Vol. 33: 209-2

**RESUMO:** Os traumatismos da orofaringe com objectos ponteados são situações frequentes na infância. Quando destes traumatismos resultam feridas perfurantes podem surgir complicações graves, na ausência de tratamento intensivo e precoce.

Os autores descrevem um caso clínico de uma criança de 13 meses, previamente saudável, que sofreu um traumatismo a nível da orofaringe com um lápis, do qual resultou ferida perfurante, porta de entrada de infecção que progrediu do pescoço para o mediastino determinando secundariamente um quadro de Mediastinite Aguda.

A evolução clínica foi arrastada, com grande dificuldade no controlo do processo infeccioso, tendo sido necessárias múltiplas intervenções cirúrgicas.

A Mediastinite Aguda é uma doença pouco frequente, mas potencialmente devastadora se não for diagnosticada precocemente e tratada de forma adequada. Nos casos de lesões traumáticas da cavidade oral o diagnóstico precoce exige um elevado índice de suspeição clínica, uma vez que com frequência o quadro clínico inicial é incipiente.

As lesões mais graves são as da região postero-lateral da orofaringe, como aconteceu no presente caso clínico, dado que são as que mais frequentemente se associam a complicações: abscesso retrofaríngeo, fascíte necrosante do pescoço com mediastinite aguda descendente, enfisema e trombose da artéria carótida interna.

A realização de TAC's seriadas permite a avaliação inicial da situação, nomeadamente confirmação do diagnóstico, e um bom controlo da sua evolução.

A terapêutica consiste em antibioterapia de largo espectro e simultaneamente drenagens cirúrgica do pescoço e tórax.

### **DOENÇA DE HIRSCHSPRUNG ... A PROPÓSITO DE 3 CASOS CLÍNICOS**

Luís Gonçalves, Carmo Camacho, Sérgio Lamy, Margarida Santos

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos - Hospital de Dona Estefânia

XXVII Jornadas Nacionais de Pediatria

Carvoeiro - 2 a 4 de Maio de 2002

**Resumo:**

A doença de Hirschsprung é uma patologia com grande variabilidade na apresentação e evolução clínica, implicando atitudes terapêuticas e prognósticos variados.

Os autores apresentam três casos clínicos de crianças internadas na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital de Dona Estefânia, no 1º trimestre de 2002. O primeiro caso é o de um lactente de 6 meses de idade, sexo masculino, etnia indiana, internado no pós-operatório de cirurgia abdominal electiva. O segundo caso refere-se a um lactente de um mês e meio de idade, sexo masculino, raça branca, internado por desidratação grave. O último caso é o de uma criança de 12 anos de idade, sexo feminino, raça negra, internada para recobro de abdómen agudo .

Os autores descrevem e discutem a evolução clínica e terapêutica efectuadas, e fazem uma breve revisão teórica da doença de Hirschsprung.

**ENCEFALOPATIA AGUDA NECROTIZANTE – UM CASO CLÍNICO**

S. Pereira\*; G. Cassiano Santos\*; S. Lamy\*; M. Santos\*; Ana I. Dias\*\*; J. P. Vieira\*\*

\*Unidade Cuidados Intensivos Pediátricos \*\*Serviço de Neurologia Pediátrica Hospital D. Estefânia, Lisboa  
XXVII Jornadas Nacionais de Pediatria  
Carvoeiro - 2 a 4 de Maio de 2002

**Resumo:** Os autores apresentam o caso clínico de uma criança de 2 anos de idade, sexo masculino, admitida na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), por coma. Dois dias antes, sem febre, havia iniciado deterioração gradual do estado de consciência e ataxia, associados no dia seguinte a vômitos e convulsões.

O hemograma, as provas de coagulação, as de função renal e hepática, o ionograma e a gasimetria foram normais. As hemoculturas e urocultura foram negativas. O EEG mostrou actividade lenta difusa. A TAC - CE, não mostrou alterações significativas. A RMN - CE, revelou alterações sugestivas de encefalite viral não herpética. As serologias pedidas para vírus, Mycoplasma e Chlamydia foram negativas.

Foi submetido a terapêutica com fenitoína, fenobarbital, cefotaxima, aciclovir e corticóides. Verificou-se melhoria progressiva do quadro neurológico, sendo a recuperação completa, sem sequelas.

Admitiu-se como diagnóstico encefalopatia aguda necrotizante. Discutem-se as principais características deste quadro clínico e principais diagnósticos diferenciais.

**CATETERISMO VENOSO CENTRAL EM CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS- EXPERIENCIA DE 5 ANOS**

Sandra Afonso, Luís Gonçalves, Carmo Camacho, Sandra Costa, José ramos, Deolinda Barata, Carlos Vasconcelos

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

Congresso dos 125 Anos Hospital Dona Estefânia (Comunicação)

Lisboa – 16 a 18 de Outubro 2002

**Resumo: Objectivo:** Avaliar a incidência de complicações relacionadas com o cateterismo venoso central e determinar possíveis factores preditivos das mesmas.

**Material e métodos:** Estudos retrospectivos de 305 cateteres venosos centrais colocadas pela equipa médica da UCIP do HDE durante 5 anos (1997-2001). As variáveis estudadas foram: idade, peso, necessidade de ventilação mecânica, alteração da coagulação, local de inserção de cateter, número de lúmens, tempo de utilização e complicações. A análise estatística foi efectuada pelo teste de independência ou de homogeneidade dos dados, utilizando-se métodos não paramétricos e teste do qui-quadrado, considerando-se haver diferenças significativas para valores de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Foram submetidos a cateterismo 296 crianças com idades compreendidas entre 0.08 e 16 anos de idades ( $X = 3,6 \pm 4,3$  anos) e com peso entre 2 e 85 Kg ( $X = 16,2 \pm 15,1$  Kg). O local de inserção mais escolhidos foi por ordem decrescente a veia sub-clávia ( $n=193$ ; 63,0%), veia femural ( $n=91$ ; 30%) e veia jugular ( $n=20$ ; 7,0%). Os cateteres de duplo lúmen foram os mais utilizados ( $n=189$ ; 62,0%), seguidos dos de mono ( $n=99$ ; 32,0%) e triplo lúmen ( $n=17$ ; 6,0%): O tempo de duração dos cateteres foi em média  $7,6 \pm 7,0$  dias. Ocorreram 46 (15,1%) complicações, incluindo 18 sépsis, 9 oclusões, 5 hemorragias locais, 4

remoções acidentais, 2 hemotóraces, 2 hidrotóraces, 2 pneumotóraces, 2 tromboses venosas e 2 infecções locais. Verificou-se ausência de mortalidade atribuível ao cateterismo. A remoção do cateter foi electiva em 98 (32,0%) crianças, por morte destas em 97 (32,0%), por complicações em 39 (12,85) e por outras causas em 71 (23,2%) crianças. Na avaliação estatística da nossa amostra, nenhum valor apresentou valor estatístico significativo, excepto o tempo de utilização do cateter ( $p < 0,045$ ).

**Discussão:** Este estudo realizado em grupos etários e ponderais diferentes, em várias situações clínicas e com diferentes cateteres revelou um padrão de complicações semelhantes ao descrito por outros autores. Na amostra, a idade peso, ventilação mecânica, alteração da coagulação, número de lúmens e local de inserção não revelaram valor preditivo para complicações. O tempo de utilização do cateter foi a única variável com valor preditivo para sépsis.

### **MIELITE TRANSVERSA AGUDA NO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

Mário Correia, Sérgio Lamy, Deolinda Barata, Isabel Fernandes, José Ramos, Margarida Santos, Carmo Vale, Carlos Vasconcelos

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos - Hospital Dona Estefânia

Reunião de Casos Clínicos da Secção de Cuidados Intensivos Pediátricos - Sociedade Portuguesa Pediatria Amadora, 28 de Junho de 2002 (Comunicação)

**Resumo:** A mielite transversa aguda pode assumir-se como uma das raras complicações neurológicas do lúpus eritematoso sistémico (LES). Desconhece-se o mecanismo fisiopatogénico. A imagiologia por ressonância magnética nuclear (RMN) é o exame de primeira escolha no diagnóstico e seguimento da evolução desta entidade. O atraso no diagnóstico e tratamento está associado a morbilidade e mortalidade significativas. Propostas terapêuticas têm sido adoptadas com resultados contraditórios. Da literatura revista depreende-se que o uso de corticosteróides associado à ciclofosfamida seja a terapêutica que mais favorece o prognóstico destas situações.

Apresentamos o caso clínico de uma criança do sexo feminino, de 5 anos de idade que desenvolveu um quadro sistémico de mielite transversa aguda como complicação de LES. Clinicamente o LES manifestou-se 4 meses antes do internamento como síndrome febril prolongado intermitente e dor ao nível da articulação coxo-femural direita. Foi internada por paraplegia flácida e para-anestesia ao nível de D10, com retenção urinária. Houve agravamento clínico em 24 horas, com tetraplegia e necessidade de suporte ventilatório. A RMN evidenciou áreas extensas multifocais com hipersinal T2 desde C2-C3 até ao cone medular. Os anticorpos anti-nucleares, anti-DNA de dupla hélice, anti-SSB e anti-proteína p ribossómica foram positivos. Iniciou corticoterapia associada a ciclos de ciclofosfamida. Ao 25º dia deixou de ser dependente de suporte ventilatório. Quinze meses após, a RMN evidenciava o desaparecimento da lesão cervical, mas ainda persistia sinal hiperintenso ao nível de D6 e segmentos inferiores. Clinicamente houve recuperação da função motora e sensorial dos membros superiores, restando ainda paraplegia flácida e anestesia ao nível de D10, queixas de parestesias dos membros inferiores e sensação de repleção vesical, reflectindo uma provável dissinergia detrusos-esfincteriana.

### **COLCHICINA: INTOXICAÇÃO IRREVERSÍVEL?**

Sandra Afonso, Deolinda Barata, António Marques, Lurdes Ventura, João Estrada, Rosalina Valente, Carlos Vasconcelos

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos - Hospital Dona Estefânia

Reunião de Casos Clínicos da Secção de Cuidados Intensivos Pediátricos da Sociedade Portuguesa Pediatria Amadora, 28 de Junho de 2002 -(Comunicação)

(Aceite para publicação nas Actualidades Pediátricas - 2003)

**Resumo:** Os autores apresentam dois casos clínicos de duas adolescentes de 12 e 14 anos admitidas na UCIP do Hospital Dona Estafânia, transferidas de um Hospital Distrital, por intoxicação medicamentosa múltipla voluntária. O principal tóxico foi a colchicina com doses de 0,57 mg/Kg e 0,33 mg/Kg, respectivamente.

Constatou-se falência orgânica múltipla, necessitando ambas de ventilação mecânica. Ocorreu paragem cárdio-respiratória com assistolia irreversível ao fim de 24 e 8 horas de internamento, respectivamente. Os autores discutem a fisiopatologia e a abordagem terapêutica nesta intoxicação, propondo

### **CATETERISMO VENOSO CENTRAL EM CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS - EXPERIÊNCIA DE 5 ANOS**

Luís Gonçalves, Sandra Afonso, Carmo Camacho, Sandra Costa, José Ramos, Deolinda Barata, Carlos Vasconcelos

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), Hospital de Dona Estefânia (HDE)

Congresso dos 125 Anos do Hospital Dona Estefânia (Comunicação)

Lisboa – 16 a 18 de Outubro 2002

(Aceite para publicação na Revista Acta Pediátrica Portuguesa)

**Objectivo:** Avaliar a incidência de complicações relacionadas com o cateterismo venoso central e a existência de eventuais factores de risco para a sua ocorrência.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo de 305 catéteres venosos centrais colocados pelos médicos da UCIP do HDE, durante 5 anos. As variáveis estudadas foram: idade, peso, instituição de ventilação mecânica, alteração da coagulação, local de inserção, número de lúmens e tempo de utilização do catéter, número e tipo de complicações. Na análise estatística foram utilizados o teste do Qui-quadrado, o teste exacto de Fisher e o t-teste de Student, considerando-se haver diferenças estatisticamente significativas para valores de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Foram submetidos a cateterismo 296 crianças, com idades compreendidas entre 0.08 e 16.00 anos (média=3,6 anos) e pesos entre 2 e 85 Kg (média=16,2 Kg). Os locais de inserção foram, por ordem decrescente de utilização, a veia subclávia (63,3%), a veia femoral (29,8%) e veia jugular (6,9%). Os catéteres de duplo lúmen foram os mais utilizados (61,9%), seguidos dos de mono (32,5%) e de triplo lúmen (5,6%). Ocorreram 46 (15,1%) complicações, mas não se verificaram óbitos directamente relacionados com o cateterismo. A remoção do catéter foi electiva em 98 (32,1%) casos, por óbito em 97 (31,8%), por complicações em 39 (12,8%) e por outras causas em 71 (23,2%). O tempo de utilização dos catéteres foi em média de 7,6 dias. Os catéteres com e sem sépsis tiveram uma duração média de utilização de 6,9 dias e 17,0 dias, respectivamente.

**Conclusões:** Este estudo revelou um padrão de complicações do cateterismo venoso central semelhante ao descrito por outros autores, sendo que nenhuma das variáveis analisadas se revelou, por si só, como factor de risco de complicações, excepto o tempo de utilização do catéter na ocorrência de sépsis.

### **COMA NÃO TRAUMÁTICO - CASUÍSTICA DE 10 ANOS NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**

Sandra Costa, Gonçalo Santos, António Marques, Margarida Santos, Carlos Vasconcelos

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos - Hospital Dona Estefânia

Congresso dos 125 Anos do Hospital Dona Estefânia (Comunicação)

Lisboa – 16 a 18 de Outubro 2002

**RESUMO: Introdução** - O coma não traumático, sendo um sinal in específico, com múltiplas etiologias possíveis, é uma importante causa de morbidade e mortalidade na idade pediátrica.

**Objectivos** - determinar a incidência, modo de apresentação, etiologia e evolução do coma traumático em crianças de idade compreendida entre o 1º mês e os 15 anos, internados na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) do Hospital Dona Estefânia (HDE).

**Material e Métodos** - foi feito um estudo retrospectivo com base na consulta dos processos clínicos de doentes admitidos na UCIP entre 1 de Janeiro de 1992 e 231 de Dezembro de 2001 em coma de causa não traumática. Definiu-se como diminuição de estado de consciência significativa uma pontuação de escala de Glasgow inferior a 12, por um período superior a 6 horas.

**Resultados e Discussão** - a incidência do coma não traumático foi de 1,4% (63/4410). A incidência específica por idades foi maior nos primeiros 5 anos de vida (65%). Embora a apresentação clínica

predominante fosse específica do sistema nervoso central (76%), com ou sem manifestações sistêmicas acompanhantes, no grupo etário mais jovem (< 1 ano) os sinais e sintomas neurológicos acompanharam-se sempre de sintomatologia sistêmica.

A etiologia mais frequentemente observada foi a infecciosa (50,7%), seguindo-se as intoxicações (19%) e a epilepsia (9,5%).

A evolução foi boa na maioria dos doentes, sendo que 23 % apresentavam sequelas aquando da alta; estas foram sobretudo ligeiras a moderadas (86,6%). Na maioria dos doentes com sequelas, o coma foi de etiologia infecciosa (80%).

A mortalidade foi de 15,8% (10/36), sendo maior nos doentes transferidos de outros hospitais (8/10) do que nos internados pelo SU ou transferidos de outros serviços do HDE.

Verificou-se uma modificação da etiologia ao longo dos anos, ocorrendo os casos de coma por intoxicação a organofosforados sobretudo entre 1992 e 1994 (3/4) e de coma por encefalite/meningoencefalite nos últimos 5 anos do estudo (6/7).

**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA DA INFANCIA E DA ADOLESCÊNCIA**  
**Directora: Dr.ª MARIA JOSÉ GONÇALVES**

**“PSYCHOANALYTICAL INTERVENTION IN EARLY PSYCHOSIS - A CASE OF SYMBIOTIC PSYCHOSIS”**

Lara Condesso\*, Lídia Pocinho\*\*

\* Interna do Internato Complementar de Psiquiatria da Infância e Adolescência

\*\* Assistente Hospitalar Graduada de Psiquiatria da Infância e Adolescência

Clínica 24 de Julho - Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência - Hospital Dona Estefânia

Conferência “3<sup>rd</sup> International Conference on Early Psychosis: A Bridge to the Future” (Poster)

Copenhaga, Dinamarca, 25 a 28 de Setembro de 2002

**Abstract:**

In this presentation some issues related to the clinical practice, regarding the efficacy of individual psychoanalytic treatment for early psychosis will be discussed.

The clinical example will include a child growing up in a family in which both the parents have personality disorders, and the case will provide an example of how transference and countertransference phenomena can be used as a useful tool in the progress of the therapeutic process, considering that the ultimate goal of care, beyond the decreasing of symptoms, is the restoration of the functional capacity of the psychic apparatus. Furthermore, the case presents clinical characteristics of a symbiotic psychosis between the father and the child.

The use of psychoanalytic psychotherapy in psychosis poses questions on both theoretical and practical level. To reach the desired result several approaches in the context of multidisciplinary team work may be required. Any intervention recommended will depend on the motivation for change in both child and family. However by using a psychodynamic perspective we may enable these patients to acquire the necessary internal capacity of psychic elaboration.

**SINDROME DE MÜNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO-A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Lara Condesso\*, António Trigueiros\*\*, M. Marques\*\*, A. Silva\*\*\*

\* Interna do Internato Complementar de Psiquiatria da Infância e Adolescência

\*\* Assistente Hospitalar Graduado de Psiquiatria da Infância e Adolescência

Núcleo de Pedopsiquiatria de Ligação - Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência e Serviço de Pediatria – Sala 2

Congresso do Hospital de Dona Estefânia – “125 Anos na Saúde da Mulher e da Criança” (Poster)

Lisboa, 16 a 18 de Outubro de 2002

**Resumo:**

**Introdução:** Síndrome de Münchausen por Procuração é uma forma de abuso pouco vulgar, geralmente de uma criança por um prestador de cuidados, na qual uma doença fictícia é simulada ou produzida, resultando em avaliações e tratamentos médicos desnecessários e muitas vezes prejudiciais. Trata-se de um síndrome de gravidade extrema, potencialmente fatal. Uma larga percentagem dos técnicos de saúde não está familiarizada com o síndrome, e o não reconhecimento da sua presença priva a vítima da oportunidade de ser protegida de dano futuro.

**Objectivos:** Sensibilizar todos os técnicos de saúde para um síndrome psiquiátrico tradicionalmente considerado como raro e em que a forma de apresentação clínica é geralmente pediátrica.

**Metodologia:** A propósito de um caso de hematuria e febre recorrentes, conduziu-se uma revisão da literatura clinicamente relevante, de modo a abordar a extensão actual do conhecimento sobre o síndrome. Os autores recorrem à apresentação de um caso clínico, como exemplo de uma situação ilustrativa da patologia descrita.

**Resultados:** Abordam-se as principais características do síndrome, com relevância para as de interesse pediátrico. Mais especificamente, dá-se especial atenção a: existência de longo intervalo de tempo entre o aparecimento dos sintomas e o estabelecimento do diagnóstico; grande variabilidade da apresentação clínica e da faixa etária afectada; extrema gravidade do prognóstico, quer do ponto de vista pediátrico quer do ponto de vista pedopsiquiátrico.

Chama-se a atenção para alguns dos sinais de alerta mais frequentemente encontrados, eventualmente facilitadores de um reconhecimento mais precoce.

**Conclusões:** Embora as etiologias médicas tenham que ser excluídas, esta perturbação da parentalização deve fazer parte do diagnóstico diferencial sempre que o quadro clínico é atípico.

Com frequência o diagnóstico é feito somente após partilha de informação entre os diferentes agentes envolvidos, salientando a importância de um trabalho de ligação multidisciplinar enérgico.

## **INTERVENÇÃO DA PEDOPSIQUIATRIA NA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DA DOR PEDIÁTRICA: A LIGAÇÃO DA DOR À DIMENSÃO GLOBAL DO SOFRIMENTO**

Lara Condesso\*, M. Marques\*\*

\* Interna do Internato Complementar de Psiquiatria da Infância e Adolescência

\*\* Assistente Hospitalar Graduada de Psiquiatria da Infância e Adolescência

Núcleo de Pedopsiquiatria de Ligação

Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência - Hospital Dona Estefânia

Congresso do Hospital de Dona Estefânia – “125 Anos na Saúde da Mulher e da Criança” (Poster)

Lisboa, 16 a 18 de Outubro de 2002

### **Resumo**

**Introdução:** A dor na criança sido desde sempre desvalorizada, e subtratada. A doença frequentemente causa dor, e os procedimentos terapêuticos dolorosos são muitas vezes parte indispensável dos cuidados a prestar, sendo muito difíceis de gerir, quer pelas crianças, quer pelos pais, quer pelos técnicos de saúde.

**Objectivos:** O objectivo principal deste trabalho é abordar a importância da intervenção pedopsiquiátrica na avaliação e tratamento da dor pediátrica, dando relevo a aspectos geralmente negligenciados, mas extremamente importantes, como o são a dimensão emocional da dor, a variabilidade na expressão da dor e as eventuais consequências psíquicas da experiência dolorosa na criança.

**Metodologia:** Revisão da literatura clinicamente relevante.

**Resultados:** De acordo com a Associação Internacional para o Estudo da Dor (“International Association for the Study of Pain”), o tratamento da dor crónica de qualquer etiologia deve estar ao cuidado de uma equipa multidisciplinar, da qual deverá fazer parte, como elemento fundamental, um Pedopsiquiatra.

São abordados princípios básicos na abordagem da dor, quer aguda quer crónica, junto da criança e da sua família, de um ponto de vista pedopsiquiátrico.

**Conclusões:** As especificidades da criança dificultam todas as fases da abordagem, inclusivamente o tratamento. No entanto, tratar a dor é um imperativo ético, independente da idade, e para isso deve-se recorrer a todas as armas terapêuticas ao dispôr. Os fármacos e os meios tecnológicos são as pedras angulares no tratamento da dor, mas não substituem o potencial terapêutico da relação, pelo que uma estreita colaboração entre o Pediatra e o Pedopsiquiatra se revelam fundamentais na abordagem da dor.

## **1º ANO DE ACTIVIDADE DA UNIDADE DE INTERNAMENTO DO DEPARTAMENTO DE PSQUIATRIA INFANCIA E DA ADOLESCÊNCIA DO HOSPITAL DE DONA ESTEFANIA. REVISÃO CASUÍSTICA**

Lara Condesso\*, Pedro Pires\*\*, M. Marques\*\*\*, António Trigueiros\*\*\*\*

Unidade de Internamento - Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

\* Interna do Internato Complementar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, H.D.E.; \*\* Assistente Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Unidade de Internamento, H.D.E. ; \*\*\* Assistente Hospitalar Graduada de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Unidade de Internamento, H.D.E.; \*\*\*\* Assistente Hospitalar Graduado de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Chefe da Unidade de Internamento, H.D.E.

Congresso do Hospital de Dona Estefânia – 125 Anos na Saúde da Mulher e da Criança  
Lisboa - 16 a 18 de Outubro 2002 (Comunicação Livre)  
XIII Encontro Nacional de Psiquiatria da Infância e da Adolescência,  
Porto, 12 e 13 de Dezembro de 2002 (Poster)

### **Resumo:**

**Introdução:** A Unidade de Internamento do Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Hospital de Dona Estefânia foi inaugurada em Outubro de 2001. Destina-se a crianças e adolescentes com idades inferiores a 16 anos (exclusivé) em situação de risco psiquiátrico grave. Constitui uma unidade particular pelo facto de ser a única no país que se encontra integrada num Hospital pediátrico.

**Objectivos:** Os autores pretendem fazer uma avaliação do primeiro ano de funcionamento da unidade, com o objectivo de promover uma discussão crítica sobre a sua actividade e melhorar a qualidade do internamento.

**Material e Métodos:** É feita uma revisão de todos os casos internados durante o primeiro ano de funcionamento. Esta incide sobre duas vertentes: o doente (idade, sexo, residência, escolaridade, características familiares, história psiquiátrica pregressa e diagnóstico) e o internamento (referênciação, motivo de internamento, duração média de internamento, intervenção, projecto pós-alta).

**Resultados:** Foram internados 57 doentes, tendo havido 68 internamentos (13% dos doentes foram reinternados), 65% do sexo feminino e com uma idade média de 13 anos. 26% apresentavam insucesso escolar e 42% tinham história de absentismo escolar. 51% tinham tido um seguimento anterior em consulta de saúde mental. Na maior parte dos casos (57%) existia, no momento do internamento, um conflito intra-familiar importante.

A duração média do internamento foi de 31 dias. As tentativas de suicídio constituíram o principal motivo de internamento. Salientam-se como diagnósticos mais frequentes: perturbação do humor (24%), perturbação do comportamento (19%) e perturbação da personalidade (12%). 65% dos doentes foram orientados para uma consulta de pedopsiquiatria (7% para o Hospital de Dia do nosso Departamento).

**Conclusões:** Salienta-se a importância de uma intervenção multidisciplinar que envolva, para além dos técnicos da unidade, os outros serviços do Hospital. Neste sentido, julgamos fundamental o estabelecimento de protocolos de intervenção para as patologias mais frequentes. Na elaboração do projecto pós-alta, a unidade pretende melhorar as estratégias de articulação, por forma a consolidar o projecto terapêutico iniciado durante o internamento.

### **“A PEDOPSIQUIATRIA É NECESSÁRIA?” - AVALIAÇÃO DAS PERCEPÇÕES DA PEDIATRIA EM RELAÇÃO À PEDOPSIQUIATRIA DE LIGAÇÃO NO H. D. E.**

L. Condesso\*, S. Oliveira\*, P. Caldeira da Silva\*\*, A. Trigueiros\*\*\*

\* Interna do Internato Complementar de Psiquiatria da Infância e Adolescência

\*\* Assistente Hospitalar Graduado de Psiquiatria da Infância e Adolescência

Coordenador do Seminário de Investigação

\*\*\* Assistente Hospitalar Graduado de Psiquiatria da Infância e Adolescência

Coordenador do Núcleo de Pedopsiquiatria de Ligação

Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital de Dona Estefânia

Congresso do Hospital de Dona Estefânia – “125 Anos na Saúde da Mulher e da Criança”

Lisboa, 16 a 18 de Outubro de 2002 (Comunicação livre)

XIII Encontro Nacional Psiquiatria Infância e Adolescência “Pensar a Violência na Sociedade e na Família”

Porto, 12 e 13 de Dezembro de 2002 - (Comunicação livre)

### **RESUMO**

**Introdução:** As diferenças de base que existem entre as duas especialidades - Pediatria e Pedopsiquiatria -, razão da necessidade de articulação, colocam alguns entraves à comunicação, pelo que a avaliação dos vários aspectos da articulação entre as duas especialidades é fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados médicos globais prestados ao doente.

**Objectivos:** Avaliar as percepções em relação à Pedopsiquiatria de Ligação (P.L.), quer nos seus aspectos positivos quer nos negativos, junto dos técnicos hospitalares não directamente relacionados com o Departamento de Pedopsiquiatria.

**Metodologia:** Revisão bibliográfica sobre o tema e distribuição de um questionário de auto-preenchimento a Médicos e Enfermeiros dos serviços do Hospital de Dona Estefânia que mais contacto clínico têm com doentes e suas famílias.

**Resultados:** Responderam ao questionário 164 pessoas. Apurou-se que a intervenção da Pedopsiquiatria de Ligação é sentida como necessária em todas as situações clínicas apresentadas, especialmente ao nível das alterações de comportamento e na presença de famílias disfuncionais, e é considerada como eficaz em quase todas as situações, especialmente nos problemas de comportamento e nas situações de psicopatologia activa, ou seja, em situações directamente relacionadas com o doente.

Quanto aos efeitos potencialmente resultantes da intervenção da P.L., são especialmente sentidos os efeitos facilitadores, considerando a maioria das pessoas que a compreensão global dos casos é facilitada e que os doentes ficam mais apoiados após a alta.

Constatámos, nesta amostra, que 7% dos respondentes desconhece que está em funcionamento a Unidade de Internamento e 15% que existe Serviço de Urgência de Pedopsiquiatria durante 24 horas.

**Conclusões:** A importância dos serviços prestados pela Pedopsiquiatria de Ligação é reconhecida, mas a necessidade de melhoria na colaboração entre as duas especialidades é suportada pelos achados do presente estudo.

## **EVOLUÇÃO DO PERFIL DA CRIANÇA DA CONSULTA EXTERNA DE PEDOPSIQUIATRIA / EQUIPA 24 DE JULHO**

Paula Vilarica\* , Pedro Caldeira da Silva\*\* , Lídia Pocinho\*\*

(\*

Interna do Internato Complementar de Pedopsiquiatria do HDE,\*\* Assistente Hospitalar Graduado de Pedopsiquiatria do HDE)

Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital de Dona Estefânia

Congresso do Hospital de Dona Estefânia – 125 Anos na Saúde da Mulher e da Criança

Lisboa - 16 a 18 de Outubro 2002 (Poster)

XIII Encontro Nacional Psiquiatria Infância e Adolescência “Pensar a Violência na Sociedade e na Família”

Porto - 12 e 13 de Dezembro de 2002 (Comunicação Oral)

### **Resumo**

**Introdução:** A Equipa 24 de Julho é uma equipa de sector de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Departamento de Pedopsiquiatria do HDE. Trata-se de uma equipa multi-disciplinar, que atende crianças dos 3 aos 13 anos e cuja actividade principal é a consulta externa. O presente trabalho é o resultado da necessidade de reavaliação dos casos da equipa para melhor caracterização da população de utentes, crianças e famílias, tendo em vista a optimização da actividade assistencial e o planeamento de estratégias futuras mais adaptadas a uma população em constante mudança. O estudo comparativo de vários anos permite fazer uma reflexão sobre a evolução das características das crianças atendidas e do impacto que os factores demográficos e sociais têm na população que procura a consulta externa de pedopsiquiatria.

**Objectivos:** Fazer a análise retrospectiva e caracterização da população de 456 crianças atendidas em primeira consulta, no ano 2001, na Equipa 24 de Julho do Departamento de Pedopsiquiatria do HDE e traçar o perfil da criança utente da consulta externa de Pedopsiquiatria desde 1984 até 2001.

### **Metodologia:**

- Análise retrospectiva de processos clínicos de crianças que recorreram à Equipa 24 de Julho para primeira consulta, no ano 2001 (n = 456).

- Comparação de resultados obtidos em trabalhos de análise retrospectiva e caracterização de população de crianças atendidas em primeira consulta na Equipa 24 de Julho realizados em 1984 (Cepêda T, Caldeira P) e em 1992 (Strecht P).

**Resultados:** A média etária da população apresenta um aumento ligeiro de 1984 a 2001. A maioria das crianças atendidas são da fase da latência, sexo masculino, residentes em Sintra, provenientes de famílias biparentais, de classe média e média baixa. A procura de consultas por parte da população suburbana aumentou mais do que por parte da população urbana. As crianças são encaminhadas pelos serviços de saúde

por problemas de comportamento e o diagnóstico mais frequente é Organização Depressiva. Encontrou-se associação entre estes dois factores. Os fenómenos demográficos e sociais têm tradução directa na evolução da casuística ao longo dos anos. O aumento da articulação com estruturas da comunidade, nomeadamente a Escola, que se traduz em maior alerta por parte dos técnicos para os sinais de sofrimento mental. Verificou-se um crescimento acentuado do n.º de consultas que pode ser devido à maior divulgação, melhor acessibilidade e aumento da patologia mental nesta faixa etária.

**Conclusões:** Os autores apresentam o perfil da população de crianças utentes de uma equipa de Saúde Mental Infantil e Juvenil no ano 2001 e caracterizam a evolução desse perfil desde 1984 até 2001. Constatou-se que o perfil das crianças da consulta teve algumas variações de 1984 a 2001.

## **DIAGNÓSTICO PRECOCE NAS PERTURBAÇÕES PSICÓTICAS - A IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO INDICADA EM PEDOPSIQUIATRIA**

Lara Condesso\*

\* Interna do Internato Complementar de Psiquiatria da Infância e Adolescência

Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital de Dona Estefânia

I Congresso Ibérico de Saúde Mental Comunitária (Comunicação livre)

Estoril, 24 a 26 de Outubro de 2002

### **RESUMO**

**Objectivos:** Chamar a atenção para o significativo potencial da intervenção indicada ao nível da prevenção psicótica primária, salientar a importância fulcral da Pedopsiquiatria na detecção de indivíduos de alto risco psicótico e, finalmente, sensibilizar para os sinais e sintomas de alerta em indivíduos potencialmente pré-psicóticos.

**Contexto:** O interesse na identificação e tratamento precoce das perturbações psicóticas é relativamente novo, mas tem tido um crescimento acelerado. Recentemente, uma fracção mais radical deste movimento de intervenção precoce propôs que seria possível intervir ainda antes do primeiro episódio de psicose – a prevenção indicada.

**Metodologia:** A propósito de uma reflexão sobre a importância da Pedopsiquiatria na abordagem precoce das perturbações psicóticas, conduziu-se uma revisão da literatura clinicamente relevante.

**Conclusões:** Atrasar a expressão total da perturbação psicótica será sempre benéfico, permitindo ao indivíduo jovem sedimentar a sua identidade e desenvolver vários recursos educacionais e vocacionais. A Pedopsiquiatria encontra-se numa posição privilegiada para a detecção de indivíduos em risco eminente de psicose, possibilitando assim uma vigilância mais rigorosa e, conseqüentemente, um tratamento mais precoce e eficaz.

## **CRIANÇAS CEDIDAS AOS AVÓS: ESTUDO DE UMA POPULAÇÃO DA EQUIPA 24 DE JULHO NO ANO 2001**

Paula Vilarça \*, Vasco Martins \*, Lídia Pocinho \*\*

\* Interno Complementar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência - HDE

\*\* Assistente Hospitalar Graduada de Psiquiatria da Infância e da Adolescência - HDE

Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital de Dona Estefânia

Reunião Clínica do Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Hospital de Dona Estefânia

Lisboa -3 de Dezembro de 2002. (Apresentação Oral)

### **Resumo:**

**Introdução:** A cedência de crianças é uma situação familiar que pode ser altamente patogénica para o desenvolvimento das crianças. Na prática clínica é um fenómeno frequente que levanta sempre dificuldades particulares. A cedência aos avós é um tipo específico de cedência em que há problemas ligados às

circunstâncias da cedência, à diferença de gerações, à existência de problemas relacionados com a velhice e às relações familiares que muitas vezes são mais complicadas.

**Objectivos:** Pretendeu-se fazer a análise retrospectiva e reunir as características gerais da população de crianças atendidas em primeira consulta, no ano 2001, na Equipa 24 de Julho do Departamento de Pedopsiquiatria do HDE e que tenham sido cedidas aos seus avós.

População e Métodos:

- Pesquisa bibliográfica sobre o tema.
- Consulta da Base de Dados de 2001 da Equipa 24 de Julho.
- Selecção da população de crianças que residiam com os seus avós à data da primeira consulta em 2001.
- Exclusão das crianças que residiam com os seus avós e também com um ou ambos os pais e os processos que se encontravam incompletos.
- Análise retrospectiva dos processos clínicos das crianças seleccionadas (n = 20).
- Recolha de dados demográficos e clínicos
- Estudo estatístico da população através do programa SPSS.

**Resultados:** As características demográficas do grupo em estudo são semelhantes às da população geral de crianças atendidas em primeira consulta no mesmo ano. Na maioria dos casos a cedência fez-se por acordo tácito intra-familiar e os avós paternos surgem como principais cuidadores. A maioria das crianças são encaminhadas por Problemas de Comportamento e de Aprendizagem. Em geral a cedência dá-se nos primeiros tempos de vida. A maioria das famílias de origem são dissociadas e as famílias de recepção têm graves carências sócio-económicas o que indica a existência de múltiplos factores de risco. Verifica-se elevada incidência de patologia psiquiátrica – toxicodependência – nos pais das crianças cedidas aos avós. Parece existir uma tendência para que as crianças cedidas aos avós e que são filhos de toxicodependentes apresentem mais Problemas de Comportamento, menor rendimento escolar e carências graves e precoces que precipitam a eclosão de Organizações Depressivas. Os avós em geral são ambivalentes face aos netos.

**Conclusões:** O grupo de crianças estudado está exposto a vários factores de risco cumulativos e este facto condiciona o prognóstico. Esta população deve ser considerada de Alto Risco e merece atenção especial na prática clínica.

## **FILICÍDIO, VIOLÊNCIA PARENTAL TERMINAL – CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS E PSICODINÂMICAS**

Lara. Condesso\*, Eduardo Rodrigues\*\*

\* Interna do Internato Complementar de Psiquiatria da Infância e Adolescência

\*\* Assistente Hospitalar Graduada de Psiquiatria da Infância e Adolescência

Unidade da Primeira Infância

Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital de Dona Estefânia

XIII Encontro Nacional de Psiquiatria de Infância e da Adolescência “Pensar a Violência na Sociedade e na Família” (Comunicação livre)

Porto, 12 e 13 de Dezembro de 2002

### **Resumo**

**Introdução:** O filicídio parece ser tão antigo quanto a própria espécie humana, havendo registos históricos datando das primeiras civilizações. No entanto, pouco se sabe acerca da prevalência, dos precursores eventuais e, especialmente, das causas e mecanismos que levam um pai/mãe a causar deliberadamente dano aos seus filhos, inclusive a morte.

**Objectivos:** Este trabalho pretende sensibilizar para a existência de perturbações graves da parentalização, e para a possibilidade de, nos casos mais extremos, estas poderem eventualmente resultar em desfechos fatais.

**Metodologia:** A propósito da reflexão suscitada por um caso clínico de abuso parental infantil grave, procedeu-se a revisão bibliográfica sobre o tema, de modo a abordar a extensão actual do conhecimento.

**Resultados:** Habitualmente descrito como sistematicamente estabelecido e sem ambivalência, numa idealização que recebe o consenso social, o amor parental não é sempre congénito e sem flutuações. Pelo

contrário, os estudos mais recentes sugerem que o filicídio possa ter uma dimensão muito superior à inicialmente imaginada.

**Conclusões:** São várias as teorias explicativas do infanticídio, e a que nos parece constituir a abordagem conceptual mais completa é a ecológica, que tem em consideração os múltiplos factores que concorrem para a sua ocorrência, entre os quais se encontram os sócio-culturais, os comunitários, os familiares e os individuais, que interagem entre si de modo complexo e mal compreendido. Todos os técnicos de saúde mental infantil deverão estar atentos à presença de perturbações graves da parentalização, potencialmente capazes de resultar na morte da criança.

### **“AUTO-ESTIMAS E OUTRAS AVALIAÇÕES”: REVISÃO DAS ESCALAS UTILIZADAS PELO DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA DO H. D. E.**

Lara. Condesso\*, Cristina. Rebordão\*, P. Caldeira da Silva\*\*

\* Interna do Internato Complementar de Psiquiatria da Infância e Adolescência

\*\* Assistente Hospitalar Graduado de Psiquiatria da Infância e Adolescência

Coordenador do Seminário de Investigação

Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital de Dona Estefânia

XIII Encontro Nacional de Psiquiatria de Infância e da Adolescência “Pensar a Violência na Sociedade e na Família” (Poster)

Porto, 12 e 13 de Dezembro de 2002

#### **Resumo**

**Introdução:** As escalas de avaliação têm-se revelado importantes no progresso da psiquiatria, tendo contribuído para o entendimento das necessidades dos doentes psiquiátricos e fornecendo uma medição relativamente fácil e eficiente de vários parâmetros, permitindo a sua quantificação e posterior comparação.

**Objectivos** O objectivo principal deste trabalho é chamar a atenção de todos os técnicos de saúde mental infantil para a importância das escalas, instrumentos de quantificação priverligados que têm sido relativamente negligenciados a nível europeu. O propósito último do presente trabalho é promover o crescimento da investigação pedopsiquiátrica, de modo a possibilitar o fornecer de cuidados progressivamente mais adaptados à realidade da saúde mental das crianças e adolescentes portugueses.:

**Metodologia:** Propusemo-nos fazer uma compilação das escalas psiquiátricas que têm sido usadas por médicos do Departamento de Psiquiatria de Infância e da Adolescência do Hospital de Dona Estefânia, processo ainda a decorrer. Pretendemos neste momento divulgar os objectivos deste trabalho, estimulando a discussão em volta deste tema como meio para obter a maior adesão possível. Fez-se também revisão bibliográfica relativa ao uso de escalas na Pedopsiquiatria.

**Resultados:** Foi possível confirmar que o uso destes instrumentos tem sido pouco significativo no Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do H.D.E..

**Conclusões:** As escalas podem trazer contribuições relevantes à prática clínica e investigação pedopsiquiátricas. A necessidade de maior divulgação das potencialidades das escalas de avaliação é suportada pelos achados preliminares deste estudo.

### **“DORES DE FORA E DORES DE DENTRO” - A IMPORTANCIA DA PEDOPSIQUIATRIA NA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DA EXPERIENCIA DOLOROSA**

L. Condesso\*, M. Marques\*\*

\* Interna do Internato Complementar de Psiquiatria da Infância e Adolescência

\*\* Assistente Hospitalar Graduada de Psiquiatria da Infância e Adolescência

Núcleo de Pedopsiquiatria de Ligação

Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital de Dona Estefânia,

XIII Encontro Nacional de Psiquiatria de Infância e da Adolescência “Pensar a Violência na Sociedade e na Família” (Comunicação livre)

Porto, 12 e 13 de Dezembro de 2002

## **Resumo**

**Introdução:** Há 25 anos Elland e Anderson mostraram que as crianças recebem analgesia insuficiente, mesmo após cirurgias de bastante gravidade, e estudos posteriores comprovaram que as crianças recebem menos analgesia que os adultos submetidos a intervenções similares. O reconhecimento da dor na criança é penoso em si mesmo, desencadeando por isso negação massiva e difusa, nomeadamente nos técnicos de saúde, pela sua insuportabilidade, o que tem contribuído para a sub-avaliação e sub-tratamento da dor.

**Objectivos:** Pretende-se, através da apresentação de um caso clínico, ilustrar a importância da intervenção pedopsiquiátrica na avaliação e tratamento da dor pediátrica, dando relevo a aspectos importantes, mas frequentemente negligenciados, como o são a função simbólica da dor na criança e na família e as eventuais consequências psíquicas da experiência dolorosa na criança.

**Metodologia:** Os autores recorrem à apresentação do caso clínico de uma criança internada longos meses na Unidade de Queimados.

**Resultados:** Acima de determinado limiar de intensidade a dor pode induzir um estado de verdadeiro trauma, ultrapassando a capacidade da criança manter a coesão do seu mundo interno e, conseqüentemente, ameaçando a sobrevivência da vida psíquica.

Face a este estado de dor, as capacidades de identificação do adulto são muitas vezes insuficientes e deste modo, paradoxalmente, são as dores mais fortes que correm mais o risco de ser desvalorizadas.

**Conclusões:** A dor é não só uma significativa causa de morbidade, mas também de mortalidade. Embora haja evidências de que a abordagem da dor na criança tenha progredido, melhorias significativas só poderão ocorrer com o reconhecimento da complexidade da experiência dolorosa, e com a difusão progressiva de equipas pluridisciplinares especializadas em analgesia pediátrica, conhecedoras dos potenciais aditivos e sinérgicos de intervenções farmacológicas e não farmacológicas.

## **A VIOLÊNCIA DA DOENÇA FÍSICA: AS REPERCUSSÕES PSICOLÓGICAS DA DOENÇA DE EVOLUÇÃO POTENCIALMENTE MORTAL NA CRIANÇA E NA FAMÍLIA.**

Marco Medeiros\*, R Ribeiro\*, A Soares\*

\*Interno do Internato Complementar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência - Hospital de Dona Estefânia

XIII Encontro Nacional de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

Porto, Dezembro 2002 (Poster)

### **RESUMO:**

**Objectivo:** Através da descrição de três casos clínicos e baseando-se nos estádios teóricos descritos por Elizabeth Kubler-Ross, os autores propõem-se compreender os mecanismos de adaptação da criança e família à doença de evolução potencialmente mortal, bem como avaliar a importância do pedopsiquiatra de ligação no acompanhamento da criança, da família e dos técnicos envolvidos.

**Casos Clínicos:** Tratam-se de três crianças com doenças de evolução potencialmente mortal, observadas pela pedopsiquiatria de ligação aquando do seu internamento em diferentes serviços do HDE. São doenças que causam medo e angústia, por vezes revolta e também um sofrimento depressivo, repercutindo-se assim no desenvolvimento da criança e na dinâmica familiar.

**Conclusões:** Os estádios descritos por Elizabeth Kubler-Ross estão presentes nos casos discutidos, surgindo imbricados uns nos outros (na criança mas também nos pais). Verificámos que a aceitação da doença e da morte pelos pais parece facilitada pela presença de alguns factores, tais como: uma doença orgânica crónica, uma ligação afectiva mantida e o encontrar um sentido para a morte. O Pedopsiquiatra de Ligação pode ter um papel importante como contentor das angústias e intervir como mediador na tríade técnicos-pais-criança, ajudando-os a lidar com a morte e a aceitá-la não como um fracasso mas como uma evolução natural da vida.

## **PERITONITES DE REPETIÇÃO AUTO-INDUZIDAS -UM CASO DE VIOLENCIA EXTREMA DIRIGIDA AO PRÓPRIO**

Lara Condesso\*, M. Marques\*\*, G. Neto\*\*\*

\* Interna do Internato Complementar de Psiquiatria da Infância e Adolescência

\*\* Assistente Hospitalar Graduada de Psiquiatria da Infância e Adolescência

\*\*\* Assistente Hospitalar Graduada de Pediatria

Núcleo de Pedopsiquiatria de Ligação/Unidade de Internamento

Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência e Serviço de Pediatria, Sala 2 – Nefrologia - Hospital de Dona Estefânia - Lisboa

XIII Encontro Nacional Psiquiatria Infância e Adolescência “Pensar a Violência na Sociedade e na Família”  
Porto, 12 e 13 de Dezembro de 2002 (Poster)

## **RESUMO**

**Introdução:** A má adesão ao projecto terapêutico é frequentemente causa de morbilidade e mortalidade em crianças com insuficiência renal crónica.

Entre as importantes consequências deste fenómeno encontram-se as dificuldades na avaliação da eficácia do tratamento, o dispêndio de recursos e o aparecimento de alterações não negligenciáveis da relação médico-doente.

**Objectivos:** Chamar a atenção para o potencial da intervenção precoce, para o valor do modelo bio-psico-social na doença crónica e, consequentemente, para a importância do trabalho multidisciplinar a este nível.

**Metodologia:** A propósito de um caso de insuficiência renal crónica, com múltiplos internamentos por peritonite, conduziu-se uma revisão bibliográfica.

Como suporte ilustrativo, os autores recorrem à apresentação de um caso clínico de auto-agressividade extrema, em que a ruptura do catéter de diálise peritoneal era repetida e deliberadamente auto-induzida pela doente, com risco de morte.

**Resultados:** As taxas de “non-compliance” em crianças com insuficiência renal crónica situam-se entre os 8 e os 70%. Os doentes geralmente mostram, ainda que indirectamente, desejar maior comunicação com os clínicos assistentes. A atribuição selectiva e exclusiva de culpa aos doentes torna-se frequentemente um obstáculo a uma relação terapêutica de confiança, promotora de maior adesão.

**Conclusões:** O aparecimento de insuficiência renal crónica traz consigo um risco psicopatológico importante. A ocorrência de comportamentos de má adesão é geralmente um sinal de grave sofrimento psíquico, que deverá ser sinalizado o mais precocemente possível, de modo a facilitar uma avaliação clínica completa e a permitir assim a elaboração de um projecto terapêutico adequado, individualizado e abrangente, que requer frequentemente um trabalho de ligação multidisciplinar próximo e coeso.

## **ESTUDO DA PATOLOGIA PSIQUIÁTRICA NUMA POPULAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM QUEIMADURAS - METODOLOGIA -**

P.Vilarça\*, S.Farinha\*, M.Gabilondo\*, P.Caldeira da Silva\*\*, M. J. Costa\*\*\*, M. J. Leal\*\*\*\*

\* Interno de Pedopsiquiatria. \*\* Assistente Hospitalar Graduado de Pedopsiquiatria, \*\*\* Assistente Hospitalar Graduado de Fisiatria, \*\*\*\* Chefe Serviço de Cirurgia Pediátrica.

Seminário de Investigação - Departamento Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia.

XIII Encontro Nacional de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

Porto, Dezembro de 2002 (Poster).

### **Resumo:**

**Objectivos:** Elaboração da metodologia para estudo da prevalência de patologia psiquiátrica em crianças e adolescentes com queimaduras.

**Métodos:** Revisão bibliográfica, recolha e elaboração de escalas de avaliação diagnóstica, consulta da Base de Dados do Serviço de Fisiatria, identificação de critérios de selecção da população, elaboração de projecto de parceria entre os serviços de Pedopsiquiatria, Cirurgia Pediátrica e Fisiatria.

Das várias escalas para identificação de patologia psiquiátrica em populações pediátricas, os autores seleccionaram a Child Behavior Check List (CBCL) e a Youth Self Report (YSR).

Foi elaborada uma entrevista semi-estruturada, organizada em 4 grupos: identificação, caracterização sócio-familiar, caracterização do acidente, e antecedentes pessoais.

A selecção da amostra é efectuada através da Base de Dados do Serviço de Fisiatria. Estudo estatístico com a utilização do Programa SPSS.

**Conclusão:** Através da utilização dos instrumentos seleccionados e elaborados é possível determinar a prevalência de patologia psiquiátrica numa população de crianças e adolescentes queimados.

## **URGÊNCIAS PEDOPSIQUIÁTRICAS NO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA**

### **- CASUÍSTICA 2001 -**

S. Farinha\*, P. Vilarça\*, S. Oliveira\*, R. Ribeiro\*, P. Caldeira Silva\*\*, L. Pocinho\*\*

\*Interno Internato Complementar de Pedopsiquiatria, \*\*Assistente Hospitalar Graduado de Pedopsiquiatria.

Seminário de Investigação – Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital de Dona Estefânia - Lisboa.

XIII Encontro Nacional de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

Porto, Dezembro de 2002 (Poster).

### **Resumo:**

**Objectivos:** Caracterizar a população observada na Urgência Pedopsiquiátrica no ano de 2001 e comparação dos resultados com os trabalhos realizados nos anos de 1998 e 2000.

**Resultados e Discussão:** A Intervenção no S.U. prioritária foi a Consulta de Avaliação. 45,4% não tem referência a problemas familiares. Em 11,9% dos casos existia referência a separação dos pais / conflitos conjugais.

Existe associação estatística ( $p=0,002$ ) entre o motivo de pedido e a distribuição por sexos: os rapazes apresentam mais problemas do comportamento. As raparigas recorrem mais por sintomas somáticos, ansiosos e tentativas de suicídio.

Existe associação estatística ( $p=0,003$ ) entre o seguimento anterior em consulta de saúde mental e a distribuição por sexo: Nos rapazes já existe um seguimento anterior em consulta de saúde mental.

**Conclusões:** o número de casos observados na Urgência Pedopsiquiátrica aumentou. As características demográficas da população que recorreu ao S.U. manteve-se idêntica ao estudo anterior. A incidência de Perturbações do Humor tem vindo a aumentar na população observada no S.U. Há sinais de que se começa a desvirtuar a referenciação para o S.U.

**SERVICO DE IMAGIOLOGIA**  
**Director: Dr. FRANCISCO ABECASSIS**

## **INTRODUÇÃO**

É com grato prazer que mais uma vez o Serviço de Radiologia se associa às actividades científicas desenvolvidas no âmbito do Anuário, iniciativa de mérito promovida neste Hospital, que tem contado ao longo dos anos com a inextinguível dedicação das sucessivas comissões organizadoras.

As técnicas de imagem têm ocupado um lugar privilegiado na investigação médica, sendo frequentemente determinantes para o diagnóstico em múltiplas situações, o qual, de forma muito nítida em Pediatria, se pretende alcançar com o menor risco e iatrogenidade para a criança.

O serviço contribui este ano com 5 trabalhos apresentados sob a forma de palestras ou comunicações durante 2002, integrando matérias diversificadas de Radiopediatria, nas áreas do corpo e neurorradiologia e que espelham o atrás referido.

Os trabalhos apresentados de indiscutível interesse científico, são o corolário da actividade clínica que aqui se realiza, utilizando as múltiplas técnicas disponíveis, complementadas sobretudo na área da neurorradiologia com estudos por ressonância magnética, efectuados fora do hospital por ausência deste método imagiológico no serviço.

Também o naipe de colaboradores nos trabalhos é diverso, contando com a participação da médica actualmente em formação especializada e também de radiologistas em graus de carreira avançados.

Estes aspectos permitem-nos augurar continuidade na contribuição do Serviço de Radiologia do Hospital de Dona Estefânia para a afirmação e prestígio da Radiologia Pediátrica Portuguesa.

Tal desiderato, como não pode deixar de ser, torna indispensável prosseguir a frutuosa relação interdisciplinar entre os radiologistas e outros profissionais médicos do H.D.E. em clima de colaboração mútua que temos desde sempre procurado implementar.

Francisco Abecasis

## **ASPECTOS PREDITIVOS DO NEURODESENVOLVIMENTO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO –RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CEREBRAL**

L. Bastos Gomes,

Serviço de Radiologia do Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

XXIX Jornadas de Neonatologia

Secção de Neonatologia SPP / O prematuro sozinho em casa- Mesa redonda

10 e 11 de Outubro de 2002 – Lisboa

**Resumo:** A Ressonância Magnética (RM) é o método de imagem por excelência do diagnóstico da doença encefálica. O progresso tecnológico é responsável pela sua crescente importância na orientação terapêutica e na determinação do prognóstico. No passado recente, os exames por RM eram realizados no recém-nascido(RN) pré-termo durante a primeira infância para avaliação dos aspectos sequelares da lesão hemorrágica, anóxico-isquémica e infecciosa encefálica ou para caracterizar mais detalhadamente as anomalias malformativas. No estadio crónico da doença encefálica elegem-se como parâmetros semiológicos com valor preditivo do neurodesenvolvimento: a localização e extensão das lesões encefaloclásticas e astroglióticas; a presença e grau de atrofia do corpo caloso; as dimensões das cavidades ventriculares; a irregularidade do contorno ependimário; a redução da expressão da substância branca peri-ependimária ou subcortical; a ectasia sulcal e do espaço peri-cerebral; a associação de lesão cortical e

subcortical; a distorção do padrão de mielinização. Como exemplo, na leucomalácia periventricular, áreas de astrogliose na topografia das radiações ópticas ou/e associação de envolvimento lesional do córtex occipital traduzem-se clinicamente por défice da acuidade visual. Há autores que defendem como marcador de futuro défice cognitivo o atraso de mielinização aos 12 meses de idade.

Actualmente existem Centros Hospitalares com requisitos tecnológicos que permitem, sem risco acrescido, a realização de RM no RN pré-termo no período neo-natal. Apesar de ainda ser limitada a experiência neste campo, há estudos que indicam a importância da RM, nomeadamente dos estudos por difusão na detecção muito precoce da leucomalácia periventricular e do “sofrimento” da substância branca sem cavitação. Admite-se ainda, que estudos volumétricos do córtex cerebral no período neo-natal, possam ter um valor preditivo na disfunção cognitiva. Assim, é admissível que no futuro, e com conhecimento acumulado a RM encefálica realizada no recém-nascido pré-termo no período neo-natal tenha um papel preditivo do seu neurodesenvolvimento.

## **O NOSSO PASSADO E PRESENTE; AS NOSSAS AMBIÇÕES DE FUTURO**

Francisco Abecasis, Ana Nunes

Serviço de Radiologia do Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

Congresso do H.D.E. – 125 anos na Saúde da Mulher e da Criança

Lisboa, 16-18 de Outubro de 2002

**Resumo:** Faz-se em traços largos a descrição da actividade radiológica desenvolvida nos Hospitais Civis de Lisboa desde 1898 e a história do Serviço de Radiologia do Hospital de Dona Estefânia inaugurado na segunda metade dos anos 40 (1946 segundo fonte não oficial). Lembram-se nomes, nomeadamente de todos os que passaram pela sua Direcção e cuja acção foi determinante para uma progressiva diferenciação tecnológica e científica contribuindo assim para uma afirmação prestigiada da Radiologia Pediátrica Nacional.

Demonstra-se o crescimento gradual do Serviço e o esforço desenvolvido no sentido de uma adaptação humanitária e ambiental à pediatria, de forma a conseguir-se uma maior colaboração da criança, com consequente melhoria da eficácia diagnóstica.

A aquisição do aparelho de Tomografia Computorizada em 1998, veio permitir não só uma maior capacidade de resposta do Serviço às necessidades requeridas mas também o desenvolvimento da área de neurorradiologia.

Os avanços tecnológicos da electrónica e da computorização têm contribuído para um crescente desenvolvimento dos métodos de imagem.

Surge assim a digitalização de imagem, imagem harmónica e imagem tridimensional.

Revela-se a importância da Radiologia Digital em pediatria que alia uma maior acuidade diagnóstica a uma redução drástica da dose de radiação utilizada.

Na Tomografia Computorizada destaca-se o importante aparecimento dos multidetectores que vieram permitir uma maior rapidez de aquisição do exame, factor amplamente vantajoso em pediatria.

A Ressonância Magnética (RM), já bem presente na actualidade, faz parte do “nosso” sonho futuro. A sua aplicação na pediatria tem vindo a ser cada vez mais alargada, dada a ausência de radiação ionizante, por ser uma técnica multiplanar e atendendo à sua sensibilidade para avaliação tecidual do órgão e será indiscutivelmente no futuro o método de eleição do diagnóstico pela imagem em Pediatria.

Há que saber optar pelos exames mais adequados no esclarecimento das situações, ter em mente os riscos da radiação ionizante e pensar nas técnicas de imagem mais inócuas como conquista para o futuro: Ecografia, Ressonância Magnética e Radiologia Digital.

## **ECOGRAFIA NO DIAGNÓSTICO DA APENDICITE AGUDA NA CRIANÇA**

M. Simões, Conceição Barrueco, Jorge Furtado, P. Mendes, Ana Nunes,; Isabel Penas, Eugénia Soares

Serviço de Radiologia - Hospital de Dona Estefânia

VI Congresso Nacional de Radiologia 2002-12-04

**Objectivo:** Avaliação do interesse da ecografia no diagnóstico da apendicite aguda na população pediátrica.

**Material e Métodos:** 65 crianças e adolescentes (39 do sexo feminino) com idade compreendida entre 2 e 15 anos (média  $8,5 \pm 3,4$ ) que recorreram ao SU do HDE entre Dezembro de 2001 e Março de 2002 por suspeita de apendicite aguda foram objecto de estudo prospectivo. Quer a observação clínica quer o pedido de exames complementares (laboratoriais e imagiológicos) foram solicitadas por um pediatra ou cirurgião.

Os critérios ecográficos para o diagnóstico consistiram na visualização de apêndice não compressível com diâmetro igual ou superior a 6 mm, bem como, a existência de sinais inflamatórios ou complicações associadas em topografia compatível.

O seguimento clínico ou cirúrgico foi seguido em todos os doentes, integrando correlação clínica, imagiológica e anatomopatológica.

**Resultados:** Na fase actual do estudo, os dados preliminares apontam para uma sensibilidade do método de 88%. A especificidade e acuidade diagnóstica foram de 92 e 95% respectivamente. O valor preditivo positivo foi de 93% e o negativo de 90%.

**Conclusões:** A ecografia revelou ser um bom método diagnóstico de imagem da apendicite aguda na criança.

## LESÕES ENCEFALOCLÁSTICAS PRECOSES

L. Bastos Gomes, J. Castro

Serviço de Radiologia do Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

Reunião trimestral da Sociedade Portuguesa de Neuropediatria – A Imagem em Neuropediatria

Hospital Pediátrico de Coimbra, Coimbra 13 e 14 de Dezembro de 2002,

### Resumo:

Lesão encefaloclástica é, por definição, uma lesão destrutiva focal, multifocal ou difusa das estruturas encefálicas. Subtende-se como lesão encefaloclástica precoce a que ocorre “in útero” ou no período peri-natal, nomeadamente no recém-nascido pré-termo.

A resposta do encéfalo à agressão, independentemente do agente etiopatogénico, é consequência do grau de maturação tecidual, da duração e intensidade do “insulto”. Se a “agressão” ocorre até meados do 2º trimestre da gestação pode também condicionar disrupção da normal sequência evolutiva e consequentemente conduzir a anomalias malformativas. No encéfalo *imaturato* predomina a necrose tecidual com liquefacção e fagocitose (cavitação) sobre a actividade reparadora da proliferação astrogliosa (gliose). A resposta reparadora astrogliosa torna-se mais activa a partir do fim do 2º trimestre de idade gestacional, intensificando-se à medida que progride a maturação encefálica. Assim, a cavitação representa a expressão residual da lesão encefaloclástica mais precoce do desenvolvimento embrionário e a astrogliose é a expressão residual da lesão tardia, passando por uma etapa intermédia de coexistência de cavitação e septação astrogliótica.

A porencefalia, a hidranencefalia e fenda esquizoencefálica são os padrões morfo-patológicos terminais e por inerência imagiológicos da lesão clástica essencialmente cavitada. A fenda esquizoencefálica, nomeadamente de tipo aberto, associa a lesão cavitada a anomalias de desenvolvimento cortical (polimicrogiria). A encefalomalácia representa o padrão residual morfo-patológico e também imagiológico da lesão clástica com intensa resposta reparadora astrogliótica. A particularizar a encefalomalácia multiquística, coexistência de pequenas cavitações, septações glióticas e astrogliose marginal, resultante de lesão clástica ocorrida na metade final do 3º trimestre de gestação e no período neo-natal.

Em resumo, e porque o encéfalo reage de forma distinta à agressão nas diferentes etapas do seu desenvolvimento, a análise semiológica das imagens neuroradiológicas permite identificar o período da gestação em que incidiu o evento agressor.

## **MALFORMAÇÕES DA FOSSA POSTERIOR**

J. Castro, L. Bastos Gomes,

Serviço de Radiologia do Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

Reunião trimestral da Sociedade Portuguesa de Neuropediatria – A Imagem em Neuropediatria

Hospital Pediátrico de Coimbra

Coimbra - 13 e 14 de Dezembro de 2002

**Resumo:** Com o advento da Ressonância Magnética foi possível não só caracterizar com maior rigor topográfico e maior detalhe anatómico as anomalias malformativas da fossa posterior, mas também estabelecer a sua correlação com a clínica. Há muito que se conhece a importância do cerebelo como o órgão do sistema nervoso central responsável pelo equilíbrio e coordenação motora. Hoje, cada vez mais se associa as malformações cerebelosas ao défice cognitivo. Por ser globalmente deficiente o nosso conhecimento acerca das estruturas da fossa posterior, não foi ainda possível encontrar uma classificação que reúna consenso universal. Respeitando a classificação clássica dividem-se as anomalias malformativas da fossa posterior em: malformações de Chiari, complexo malformativo de Dandy-Walker, quisto aracnóideo e neuro-epitelial, disgenesias cerebelosas corticais, hipogenesias das estruturas cerebelosas, síndrome de Joubert, rombencefalosinapse e síndrome Lhermitte-Duclos (gangliocitoma cerebeloso).

Particularizam-se alguns dos algoritmos semiológicos mais relevantes para o seu diagnóstico: morfologia, dimensões e topografia do IV ventrículo; dimensões da fossa posterior; dimensões dos hemisférios cerebelosos, do vermis e a sua topografia; presença de formação quística comunicante ou não com o IV ventrículo; morfologia dos pedúnculos cerebelosos; distorção da relação córtex-medular; alteração tecidual traduzida por modificação do habitual comportamento de sinal de parênquima cerebeloso; morfologia da cisterna inter-peduncular e da transição ponte-mesencefalo; etc, etc.

Destaca-se a possível coexistência de anomalias malformativas supratentoriais, nomeadamente hidrocefalia, disgenesias do corpo caloso e alterações de migração e organização neuronal.

Por último, apresenta-se a nova classificação proposta por Barkovich e que divide as malformações cerebelosas em hipoplasia ou displasia, focal ou difusa, associada ou não, a dilatação do IV ventrículo, a malformação do tronco cerebral ou dos hemisférios cerebrais.

**SERVICO DE PATOLOGIA CLÍNICA**  
**Director: Dr. EDMAR OLIVEIRA**

**SUSCEPTIBILIDADE AOS ANTIMICROBIANOS DE *STREPTOCOCCUS PYOGENES*,  
*HAEMOPHILUS INFLUENZAE*, *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE* E *MORAXELLA*  
*CATARRHALIS* DE INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS ADQUIRIDAS NA COMUNIDADE EM 2000.**

José Melo-Cristino<sup>1</sup>, Maria Luís Fernandes<sup>1</sup>, Nuno Serrano<sup>1</sup> e o Grupo de Estudo Português de Bactérias Patogénicas Respiratórias<sup>2</sup>

Laboratório Microbiologia. Faculdade de Medicina de Lisboa - Instituto Bacteriológico Câmara Pestana - Grupo de Estudo Português de Bactérias Patogénicas Respiratórias:

Acta Médica Portuguesa 2001; 14: 459 - 468

**RESUMO**

O Estudo Viriato é um estudo nacional, multicêntrico e prospectivo, da susceptibilidade aos antimicrobianos das principais bactérias responsáveis por infecção do tracto respiratório adquirida na comunidade. No ano de 2000 participaram 28 laboratórios de todo o País. Isolaram-se 1071 microrganismos que foram estudados num laboratório coordenador. Das 213 estirpes de *Streptococcus pyogenes* de doentes com amigdalofaringite aguda, todas eram susceptíveis à penicilina, amoxicilina /clavulanato e cefuroxima, mas 21,1% eram resistentes à eritromicina, claritromicina, azitromicina e 16,4% à tetraciclina. De doentes com infecção do tracto respiratório inferior estudaram-se 403 estirpes de *Haemophilus influenzae*, 366 de *Streptococcus pneumoniae* (*Pneumococcus*) e 89 de *Moraxella catarrhalis*. Demonstrou-se produção de  $\beta$ -lactamase em 13,1% de *H. influenzae* e 94,4% de *M. catarrhalis*. Em *S. pneumoniae* 25,1% das estirpes eram resistentes à penicilina (8,8% com resistência elevada), 14,5% à tetraciclina, 12,8% à eritromicina, claritromicina e azitromicina, e 10,1% à cefuroxima. De entre o conjunto de antibióticos ensaiado, a penicilina foi o mais activo contra *S. pyogenes* e a amoxicilina/clavulanato o mais activo simultaneamente contra *H. influenzae*, *S. pneumoniae* e *M. catarrhalis*.

**Centro Hospitalar de Coimbra:** João Sarabando Moreira, Ana Florinda Alves; **Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia:** Paulo Lopes, Ismália Calheiros, Luísa Felício, Cacilda Magalhães, Lourdes Sobral; **Hospital do Barlavento Algarvio:** Teresa Vaz, Marília Gião; **Hospital Cruz de Carvalho, Funchal:** Teresa Afonso; **Hospital Curry Cabral, Lisboa:** Maria José Silvestre, Helena Peres, Teresa Pina; **Hospital Distrital de Abrantes:** Clotilde Roldão; **Hospital Distrital de Angra do Heroísmo:** Jacinta Dantas, Rui Farto; **Hospital Distrital de Santarém:** Leonor Palma; **Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada:** Eulália Santos, Karyne Hyde; **Hospital Infante D. Pedro, Aveiro:** António Rodrigues, Américo de Freitas; **Hospital D. Estefânia, Lisboa:** Rosa M. Barros, Maria Isabel Peres; **Hospital Garcia de Orta, Almada:** José Diogo, Ana Rodrigues, Margarida Pinto; **Hospital Dr. José Maria Grande, Portalegre:** Maria Paula Pinheiro, Rui Semedo; **Hospital Pedro Hispano, Matosinhos:** Valquíria Alves, Antónia Read; **Hospital de Pulido Valente, Lisboa:** Margarida Abecassis, Helena Troni, Mário Pádua; **Hospital dos S.A.M.S., Lisboa:** Luísa Cabral, Olga Pires Neto; **Hospital de Santa Luzia, Viana do Castelo:** Fernando Fonseca; **Hospital de Santa Luzia, Elvas:** Ilse Fontes; **Hospital de Santa Maria, Lisboa:** Melo Cristino, Luís Lito, Maria José Salgado; **Hospital de Santo André, Leiria:** Luísa Ferreira; **Hospital de Santo António, Porto:** Ana Paula Castro, Maria João Soares, Maria Helena Ramos, José Manuel Amorim; **Hospital de São Francisco Xavier, Lisboa:** Filomena Martins, Maria ana Pessanha, Marta Prata, Elsa Gonçalves; **Hospital de São João, Porto:** Maria José Machado Vaz, Cristina Gouveia, J. Correia da Fonseca; **Hospital de São José, Lisboa:** Maria Odete Spencer, Luísa Ferro, João Marques, Orbelino Araújo; **Hospital de São Teotónio, Viseu:** Isabel Marques, José Miguel Ribeiro, João Ribeiro; **Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães:** Paula Mota Vieira, Francisco Botelho Moniz; **Hospitais da Universidade de Coimbra:** Rosa Velho, Luísa Boaventura, R. Tomé, Dário Costa; **Hospital de Vila Real:** Ana Paula Castro.

**ESTIRPES HOSPITALARES ISOLADAS NO HDE NOS ÚLTIMOS 10 ANOS**

Rosa Maria Barros, Isabel Peres

Serviço de Patologia Clínica do Hospital de Dona Estefânia

Congresso do Hospital de Dona Estefânia - 125 Anos ao serviço da Mulher e da Criança

Lisboa, 16 a 18 de Novembro de 2002

**Introdução:** A resistência aos antibióticos é um problema grave e complexo de saúde pública, que tem aumentado a uma velocidade alarmante em todo o mundo. As bactérias resistentes são altamente

transmissíveis e espalham-se rapidamente por insuficientes estruturas de saúde pública e inadequadas práticas de controlo de infecção. O aumento persistente de bactérias resistentes, compromete a terapêutica das doenças infecciosas e aumenta o seu custo.

**Material e métodos:** Usar os perfis de resistência aos antimicrobianos do nosso hospital, para desenvolver orientações ou “guidelines” para tratamento empírico das infecções bacterianas, desenvolver e rever as guidelines padrão estabelecidas, estabelecer normas de profilaxia com base nos perfis de resistência local. Ao mesmo tempo que se introduziram as guidelines para a terapêutica empírica das infecções bacterianas agudas e da profilaxia, tirar conclusões da evolução dos perfis de resistência relacionando-os com as prescrições no HDE e com a introdução de outras políticas de controlo de infecção. A secção de Microbiologia melhorou a qualidade dos procedimentos para o que: Padronizou os testes de sensibilidade aos antimicrobianos; introduziu estirpes bacterianas padrão e controlo de qualidade externo em Microbiologia. Pediu ao conselho de administração a nomeação de uma comissão de antibióticos e a criação de uma folha de prescrição de antibióticos; assegurou a qualidade da colheita da amostra e do processamento dos produtos biológicos, fornecendo informação ao clínico em tempo útil, nem que seja apenas um resultado preliminar. Fez vigilância epidemiológica utilizando os resultados das culturas positivas dos produtos cujo resultado é relativamente unívoco das estirpes multiresistentes e das estirpes alerta e outros testes pedidos pelos clínicos; programou a vigilância do laboratório e do processamento das amostras clínicas com qualidade.

**Conclusão:** A evolução dos perfis de resistência destes últimos dez anos e relacionando-a com a introdução de políticas de controlo de infecção mostraram: diminuição dos *Staphylococcus aureus* oxacilina resistentes passando de 45% em 1993 para 15% em 2001; diminuição de isolamento de estirpes bacterianas causadoras de surtos de infecção hospitalar nomeadamente *Serratia marcescens*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter cloacae* e *Pseudomonas aeruginosa*. Diminuição das resistências da maioria das estirpes a partir de 1996 coincidindo com o aumento da actividade da comissão de controlo de infecção. No entanto as estirpes que são maioritariamente de origem na comunidade como o *Streptococcus pneumoniae* apresentam aumento de resistência à penicilina e multiresistência assim como o *Haemophilus influenzae* aumento de resistência à ampicilina e as estirpes de *Escherichia coli* elevada % de resistência à ampicilina. Nos últimos dois anos preocupa-nos o aparecimento de estirpes multiresistentes como *Stenotrophomonas maltophilia* e *Burkholderia cepacia* em doentes de risco.

## **DIARREIAS DE ORIGEM ALIMENTAR EM CRIANÇAS**

Rosa Maria Barros

Serviço de Patologia Clínica – Secção de Microbiologia - Hospital de Dona Estefânia

Reunião Internacional “Food Protection 2002”-Instituto Superior Ciências da Saúde – NISQA

Introdução: As diarreias de origem infecciosa são um problema Major de Saúde Pública, particularmente grave nas crianças até aos 5 anos de idade e nos países em vias de desenvolvimento. Em Pediatria é a segunda causa de doença aguda que leva à urgência hospitalar e também ao internamento. A maioria das diarreias infecciosas são de origem alimentar e são de difícil diagnóstico. As modificações dos hábitos alimentares, o modo de produção dos alimentos, o aumento dos circuitos de distribuição dos alimentos e as medidas de prevenção modificaram a sua epidemiologia. O aparecimento de novos agentes etiológicos, muitos deles fazendo parte da flora de animais saudáveis, a partir dos quais são transmitidos a uma grande variedade de alimentos, são difíceis de detectar pela metodologia clássica. Estes patogénicos causam numerosos casos de doença aguda e também de complicações crónicas, algumas graves. O diagnóstico é pois difícil, sendo importante a contribuição do clínico, orientando o diagnóstico com base nos sintomas apresentados pelo doente, tendo em atenção o tempo de incubação, as características das fezes, contacto com outros doentes, ingestão de água e alimentos, viagens a outras zonas geográficas e ingestão de medicamentos. Os laboratórios de Microbiologia Clínica introduziram novos procedimentos de rotina no diagnóstico das diarreias de origem alimentar, para obterem melhores resultados microbiológicos.

**Material e Métodos:** Foi feita a revisão dos métodos e dos resultados obtidos nos últimos 11 anos na Secção de Microbiologia do Hospital de Dona Estefânia, referentes ao processamento de amostras de fezes para diagnóstico de gastroenterite aguda.

Cerca de 75% das amostras correspondem a doentes internados. Perante o diagnóstico de gastroenterite aguda, as amostras de fezes enviadas para estudo correspondem na maioria das vezes a pedido de coprocultura em duas ou três amostras de fezes colhidas para contentor próprio com meio de Cary Blair.

As fezes são observadas ao microscópico a fresco e em esfregaço corado pelo método de Gram (sempre que há indicação), são inoculadas primariamente numa placa de columbia agar sangue, em Hektoen, SS, Campyloset (incubar com 5% de O e a 42° C), caldo de selenito e caldo de GN. Dos caldos é feita subcultura após incubação de 6 a 8 horas para MacConkey.

A identificação das bactérias suspeitas de *Salmonella*, *Shigella*, *E.coli*, *Aeromonas spp*, *Yersinia enterocolitica*, é feita após observação das características morfológicas, seguida de pesquisa de produção ou não de urease e identificação bioquímica das mesmas (TSI ou Vitek). A identificação dos *spp* é feita a partir das colónias suspeitas no Campyloset. É feito teste de sensibilidade aos antimicrobianos nos isolados de *Salmonella typhi*, *Shigella spp* e *Campylobacter spp*.

**Resultados:** Foram processadas cerca de vinte e cinco mil fezes para exame cultural. A taxa de isolamento foi de 50%. Isolaram-se em média 18% de *Salmonella enteritidis*, *Salmonella typhi* 1%, *Campylobacter jejuni* 10%, *Shigella spp* 4% e *Yersinia enterocolitica* 0,2%. As intoxicações alimentares que obrigaram a internamento no nosso hospital foram: - a *S.enteritidis*, 18 doentes em 1994, 5 doentes em 1997, 5 em 1999, 5 doentes em 2000 e 4 doentes em 2001; a *S.aureus*, 16 doentes em 1995; e em 1998, foram internados 44 doentes de um colégio dos quais se isolou 7 *L.monocytogenes*, 11 *E.coli* produtores de toxina e 7 *C.jejuni*. A sensibilidade aos antimicrobianos ao longo destes anos foi a seguinte: - *S. typhi* as estirpes são sensíveis a ampicilina, cotrimoxazol, cefalosporinas e quinolonas; as estirpes de *C.jejuni* apresentam 50% de resistência à ampicilina, 45% ao cotrimoxazol e 4% à Eritromicina.

**Conclusão:** A etiologia mais frequente das gastroenterites no nosso hospital é o Rotavirus, seguida de *S.enteritidis*, *C.jejuni*, *Shigella spp*, *Aeromonas spp* e *Y. enterocolitica*. As gastroenterites de origem alimentar são muitas vezes difíceis de diagnosticar sendo importante a análise microbiológica dos alimentos suspeitos. É importante a prevenção e como tal a melhoria das condições de higiene em que os animais são criados, tendo em atenção a qualidade de água e alimentos que lhes são fornecidos, condições de higiene da produção, transporte e manipulação dos alimentos.

#### **Agradecimentos:**

Dra Leonor Carvalho – Consultor do Serviço 2-3 (1990-2002) /

Dra Isabel Daniel – Consultor do Serviço de Patologia Clínica – Secção de Microbiologia (1990- 1997)

Dra Isabel Peres - Consultor do Serviço de Patologia Clínica – Secção de Microbiologia (1997-2002)

## **IMPORTÂNCIA DE UMA POLÍTICA DE ANTI-SÉPTICOS E DESINFECTANTES**

Rosa Maria Barros

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

Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar – Coordenadora

I Encontro de prevenção e controlo de infecção hospitalar do Hospital de Egaz Moniz

Lisboa, 22 de novembro de 2002

**Introdução:** É fácil encontrar em qualquer hospital anti-sépticos usados inadequadamente, em número superior ao necessário, várias embalagens abertas simultaneamente, destapadas, anti-sépticos a serem usados como desinfetantes, usar desinfetantes quando não há indicação para isso, anti-sépticos e desinfetantes contaminados, e outras situações que podem ser causa de infecção nosocomial (IN). Na luta contra a IN, a lavagem das mãos com sabão e a ou / a desinfecção das mãos com anti-séptico de base alcoólica, são consideradas medidas de eficácia comprovada, em particular antes e depois do contacto com um doente colonizado ou infectado com estirpes bacterianas hospitalares. O aumento de lavagem e desinfecção das mãos durante surtos de IN, finaliza estes e diminui as taxas de IN. Assim, a importância de padronizar o uso de anti-sépticos e desinfetantes com base nas suas características, indicações, e aceitabilidade para

assegurar uma apropriada e efectiva desinfeção da pele e mucosas assim como de equipamentos e dispositivos médicos.

**Objectivo do uso dos anti-sépticos no hospital:** Prevenção da existência de microrganismos na pele sã, na pele lesada e nas mucosas, pelo que os anti-sépticos devem actuar não só nas estirpes de referência mas também nas estirpes hospitalares.

**Objectivo do uso dos desinfectantes no hospital:**

Desinfeção de material termo-sensível, de equipamentos e de superfícies.

**Objectivo da Política de Anti-sépticos e Desinfectantes:**

Padronizar a utilização de anti-sépticos e desinfectantes. Uniformizar em que situações utilizar os anti-sépticos e desinfectantes. Definir as características dos anti-sépticos e desinfectantes. Divulgar os cuidados a ter na sua manipulação e utilização.

**Método:** A comissão de controlo de infecção deve propor ao conselho de administração uma política de anti-sépticos e desinfectantes adequada ao hospital, da qual devem constar os seguintes pontos:

- 1- Seleccionar o mais pequeno número de anti-sépticos e desinfectantes de rotina para cada uso.
- 2- Executar uma lista de anti-sépticos e desinfectantes usados, suas características e suas indicações.
- 3- Definir o anti-séptico e o desinfectante correcto com a concentração indicada para cada uso.
- 4- Indicar a validade do produto.

5- Indicar substâncias ou materiais que reagem com eles neutralizando a sua acção.

6- Informar acerca da toxicidade e outros riscos para os manipuladores e medidas de segurança ( uso de luvas, modo como deve ser aberto e misturado com segurança, que acções tomar se entrar em contacto com a pele ou mucosas).

7- A política deve ser monitorizada periodicamente para se assegurar que continua a ser efectiva.

Monitorizar a política: Monitorizar a política por observação e relatar a aderência à política, por enfermagem e por serviço, monitorizar a quantidade de sabão, solução alcoólica gastos por 1000 doentes – dia ; a quantidade de desinfectantes gastos relacionando-os com a finalidade de utilização, durante surtos de IN verificar o cumprimento da lavagem e desinfeção das mãos e relatar. Fazer placas de mãos e alertar para os resultados.

**Conclusão:** A instituição de uma política de anti-sépticos e desinfectantes num hospital, melhora a utilização dos produtos, aumenta os conhecimentos dos funcionários do hospital e diminui gastos desnecessários. A correcta utilização dos produtos diminui o risco de infecção hospitalar. A escolha de um anti-séptico eficaz deve basear-se num espectro de acção tão largo quanto possível. A sua actividade deve ser bactericida para as concentrações de utilização. A sua actividade deve ser também fungicida e virucida. Seleccionar o mais pequeno número de anti-sépticos e desinfectantes, isto é um desinfectante de rotina para cada campo de acção. Todos os potenciais utilizadores devem receber instruções adequadas à sua preparação, concentração e uso. Informação de toxicidade e outros riscos. É importante fazer a monitorização da política para assegurar que esta continua efectiva.

## **“IDENTIFICAÇÃO DE AUTO-ANTICORPOS / CASUÍSTICA (1997-2002)”**

Teresa Vau, Ana Romeira, Virgínia Loureiro

Congresso do Hospital de Dona Estefânia – 125 anos na Saúde da Mulher e da Criança

Lisboa, 16 a 18 de Outubro de 2002 (*poster*)

**Introdução:** Qualquer tecido do organismo pode ser alvo de agressão autoimune mediada por células e/ou anticorpos tornados citotóxicos pela presença do complemento. A pesquisa e identificação destes auto-anticorpos específicos e não específicos de órgão permite fazer o diagnóstico diferencial entre as várias doenças sistémicas com base autoimune, englobadas nas conectivites. O acesso a técnicas *in vitro* sensíveis e específicas permite a caracterização e quantificação destes auto-anticorpos, ajudando o clínico na clarificação diagnóstica e na monitorização destes doentes.

**Objectivo:** Estudo casuístico de auto-anticorpos e identificação de diferentes padrões encontrados numa população que frequentou o Serviço de Patologia Clínica do Hospital de Dona Estefânia num período de 5,5 anos.

**Material e Métodos:** Foram considerados os pedidos de autoimunidade efectuados entre Janeiro de 1997 e Junho de 2002, em crianças e adultos. Pesquisa de anticorpos pelo método de Imunofluorescência Indirecta (IFI). Resultados: Durante o estudo, foram registados 1936 pedidos, correspondendo a 1654 doentes com idades compreendidas entre 1 mês e 84 anos (mediana de 10). Da população estudada, 62,0% dos indivíduos pertenciam ao sexo feminino e 38,0% ao sexo masculino, sendo 69,8% doentes do grupo etário pediátrico (idade <15 anos). Encontrámos uma positividade de 7,4%, referente a 122 doentes com idades compreendidas entre 1 e 76 anos (mediana de 10). Destes, 74,6% pertenciam ao sexo feminino e 25,4% ao sexo masculino. Os doentes com idade inferior a 15 anos eram 71,3%. Os auto-anticorpos encontrados distribuíram-se da seguinte forma: ANA 72,1% (mosqueado 50,0%; homogéneo 21,6%; nucleolar 22,7%; citoplasmático 10,2%), tecidos 18,8% e ANCA 14,7%. Considerando os resultados encontrados e a patologia autoimune que motivou o pedido, verificamos que, dentro dos ANA, os padrões mosqueado e homogéneo se associaram em cerca de 50% dos casos a lupus eritematoso e artropatia, dentro dos anticorpos anti-tecidos observou-se correlação com hepatites em 43,5% e dentro dos ANCA associação a doença inflamatória intestinal em 40,4%.

**Conclusão:** Encontrámos uma positividade de 7,4%, sendo, dentro dos anticorpos anti-nucleares, o padrão mosqueado o prevalente. A hipótese de diagnóstico mais frequentemente referida foi a de artropatia. De referir que em cerca de 28% dos casos a informação clínica foi deficiente, condicionando a correcta orientação do estudo laboratorial.

## SERVIÇO DE PATOLOGIA CLÍNICA DO HOSPITAL DE DONA ESTEFANIA -ANÁLISES CLÍNICAS EFECTUADAS PARA O EXTERIOR NO ANO DE 2002

Santos H \*; Daniel I \*\*; Matos V\*\*

\*Chefe de Serviço, \*\* Assistentes Graduas de Patologia Clínica  
Serviço de Patologia Clínica, Hospital de Dona Estefânia

**Introdução:** Na última década, o Serviço de Patologia Clínica do Hospital de Dona Estefânia (H.D.E.), tem vindo a ser solicitado por um número elevado de Hospitais, para efectuar exames analíticos não disponíveis nos seus laboratórios.

**Objectivo:** Efectuar uma revisão das análises clínicas realizadas pelo Serviço de Patologia Clínica do H.D.E. durante o ano de 2002 requisitadas por outros Hospitais.

**Material:** Elementos fornecidos pelo Núcleo de Informática do H.D.E. a partir do registo de admissão directa de análises utilizado para facturação aos Hospitais requisitantes segundo a portaria em vigor.

**Resultados:** Análises efectuadas - 4154

S. Endocrinologia e Fármacos	S. Imunologia	S. Trombose e Hemostase	Outras Secções
2718	780	628	28

Hospitais requisitantes:

Grupo HCL		Outros Hospitais	
H. Capuchos /Desterro	1349	H. Elvas	520
H.S.José	568	H.S.F.Xavier	352
H.S.Marta	437	H.D. Barreiro	282
M. Alfredo da Costa	210	H.S. Maria	65
H. Curry Cabral	11	Outros *	360

\*H.S. Cruz, H. Pulido Valente, H. Miguel Bombarda, H. Garcia Orta, H. Fernando Fonseca, H.D.Abrantes, H.D.Beja, H.Cascais, C.H. Caldas da Rainha, H.D.Évora, H.D.Faro, H.D.Horta, H.D.Montijo, H.D.Setúbal, H.D.Torres Vedras, H.D.VF Xira.

**Conclusão:** Em 2002 foram efectuadas, para o exterior, 4154 análises com a seguinte distribuição: S. de Endocrinologia e Fármacos - 65,5%; S. de Imunologia – 18,8%; S. de Trombose e Hemostase – 15,1%.

**Comentários:** O Serviço de Patologia Clínica do H.D.E. tem respondido favoravelmente às solicitações de outros hospitais, por considerar que a realização dessas análises rentabiliza equipamentos, reagentes e recursos humanos, baixando, na maior parte das situações, o custo por teste e o tempo de espera para as diversas determinações analíticas. O estudo destes dados veio demonstrar, por outro lado, haver diferenças entre o número de análises efectuadas e facturadas, com prejuízo para a facturação de todas as Secções, pelo que se tornou útil para a correcção das mesmas.

Os Autores agradecem a colaboração do Núcleo de Informática do H.D.E.

### **VIRUS SINCIAL RESPIRATÓRIO NUM HOSPITAL PEDIÁTRICO**

Elsa Pargana,\*; Neto, M\*.; Isabel Daniel\*\*.; Virgínia Loureiro\*\*.; Matos, V\*\*

Internas Imunoalergologia\*, Assistentes Graduas de Patologia Clínica\*\*, Serviço Patologia Clínica, Hospital de Dona Estefânia

**Resumo:** A infecção a Vírus Sincial Respiratório (VSR) é uma patologia muito frequente na infância, podendo provocar uma grande morbidade.

**Objectivo:** Avaliar a existência de infecção pelo VSR e caracterizar essa população num Hospital Pediátrico.

**Métodos:** Do total de pedidos efectuados para pesquisa antigénica de VSR nas secreções respiratórias, foram identificadas as crianças internadas de 1 de Janeiro de 1999 a 31 de Dezembro de 2001 com pesquisa positiva. A pesquisa de VSR foi efectuada por imunofluorescência indirecta ou ocasionalmente por ELFA - sistema VIDAS, na Secção de Imunologia do Serviço de Patologia Clínica do Hospital de Dona Estefânia. Foram então incluídas as crianças com sintomatologia compatível com infecção viral e pesquisa positiva para VSR.

**Resultados:** O número total de pedidos para pesquisa de VSR decresceu nos três anos que foram analisados. A percentagem de casos positivos a VSR foi 40,8% em 1999, 32,4% em 2000 e 32,8% em 2001. Das 408 crianças com pesquisa de VSR positivo nas secreções respiratórias nos três anos, foram seleccionadas 331 crianças com processo clínico bem caracterizado, sendo a relação sexo masculino/feminino de 1,5/1. A idade média foi de 5,7 meses. As infecções respiratórias como a bronquiolite, associadas ou não a outras infecções foram os motivos de internamento mais frequentes, correspondendo a 50,2% na bronquiolite. Foi constatada infecção nosocomial em oito crianças (2,4%). Os meses de Outono/Inverno corresponderam a 98,2% do total de positividade a VSR. A enfermaria de 1º infância foi responsável por 82,1% dos pedidos de pesquisa de VSR.

**Conclusões:** Neste trabalho constatou-se, ao longo dos anos, uma redução significativa do número de pedidos para pesquisa de VSR nas secreções respiratórias, acompanhada dum diminuição estatisticamente significativa do número de casos positivos de infecção a VSR. A positividade a VSR está principalmente relacionada com infecções respiratórias nomeadamente a bronquiolite, podendo ou não estas patologias estarem associadas a outras infecções. O facto do diagnóstico de atelectasia também ser notório, é importante para testemunhar a gravidade subjacente a este tipo de infecção. A infecção nosocomial foi somente declarada em 2,4% da população estudada. A maioria dos pedidos derivou da enfermaria de 1ª infância, o que vem reforçar e comprovar a maior frequência de infecção naquele período de vida. Deve ser sublinhada a importância do diagnóstico rápido e precoce deste vírus a fim de implementar medidas de controlo da infecção atempadamente.

**SERVICO DE IMUNO-HEMOTERAPIA**  
**Directora: Dr.ª DEONILDE ESPÍRITO SANTO**

**HEMOGLOBINOPATIAS - DREPANOCITOSE E  $\beta$ -TALASSÉMIA MAJOR**

Deonilde Espirito Santo

Serviço de Imuno-Hemoterapia do HDE

Comunicação efectuada na Associação Nacional de Farmácias

Lisboa - Dez/2002

Publicada na Revista da Associação Nacional de Farmácias – “Farmácia Portuguesa” Nº 139 (24-28).

As alterações da hemoglobina são as doenças hereditárias mais frequentes no mundo. A Drepanocitose e a  $\beta$ -Talassémia Major são duas patologias que estão integradas num grupo mais vasto que são as hemoglobinopatias. São doenças que têm tratamento e cuja prevenção é possível ao nível da comunidade. Uma vez que estas doenças resultam de uma alteração da hemoglobina, nesta exposição iremos abordar sucessivamente:

Estrutura da Hemoglobina Normal

Hemoglobinas Normais do Adulto

Bases Fisiopatológicas da Drepanocitose e  $\beta$ -Talassémia Major

Tratamento destas Patologias

Conclui-se alertando para a necessidade de um diagnóstico precoce e tratamento atempado e multidisciplinar, permitindo evitar o agravamento clínico e as sequelas crónicas.

**CONTROLO DE QUALIDADE DE COMPONENTES SANGUINEOS**

**SERVIÇO DE IMUNO-HEMOTERAPIA DO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA**

M.J. Costa\*; G. Delgado \* ; C. Figueiredo, \*\*; E. Vasconcelos, \*\*

\*Serviço de Imuno-Hemoterapia do Hospital de Dona Estefânia

\*\*Centro Regional de Sangue de Lisboa

Comunicação Livre apresentada no I Congresso do H.D.E., realizado na Casa do Artista, de 16 – 18 de Outubro de 2002

**Introdução** - A qualidade é um dos objectivos estratégicos da grande maioria dos Serviços de Saúde e deve considerar-se uma exigência ética dada a natureza dos serviços que prestam.

Objectivo – Avaliar se a qualidade dos componentes sanguíneos produzidos no Serviço de Imuno-Hemoterapia do Hospital de Dona Estefânia (HDE) está em conformidade com as exigências do Conselho da Europa.

**Material e Métodos** – Em Fevereiro de 2002 o Serviço de Imuno-hemoterapia do HDE (SIH-HDE) estabeleceu um protocolo com o Laboratório de Controlo de Qualidade do Centro Regional de Sangue de Lisboa (LCQ-CRSL) para a execução do controlo de qualidade dos componentes sanguíneos produzidos neste Serviço.

O SIH-HDE faz a avaliação dos seguintes parâmetros, em todos os componentes sanguíneos:

1 – Determinação do volume;

2 – Observação dos parâmetros visuais: cor (hemólise, hiperlipidémia, contaminação eritrocitária), turbilhonamento, existência de coágulos.

No LCQ-CRSL os parâmetros a serem avaliados são: doseamento do hematócrito e hemoglobina, quantificação dos eritrócitos, plaquetas e leucócitos. Os quatro primeiros são efectuados em contador celular (Cell-Dynn 3500) e o último em Citómetro de Fluxo(BD Facscalibur).

Para dar cumprimento às recomendações do Conselho da Europa (a avaliação de 1% de todas as unidades com um mínimo de 4 por mês) estabeleceu-se neste protocolo que para o SIH-HDE deveriam ser avaliados

mensalmente: 10 amostras de Concentrados Eritrocitários; 12 amostras de Concentrados Plaquetários; 4 amostras de Plasma Fresco.

**Resultados** – De acordo com a metodologia referida, os parâmetros avaliados dos componentes sanguíneos produzidos no Serviço de Imuno-Hemoterapia do HDE, estão em conformidade com as recomendações do Conselho da Europa.

## **O SERVIÇO DE IMUNO-HEMOTERAPIA E O PROJECTO GLOBAL DA QUALIDADE NO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA**

D. Espírito Santo\*; AC. Andrade \*\*; S. Tique\*; M. Saias \*.

\*Serviço de Imuno-Hemoterapia; \*\* Projecto Global da Qualidade

Hospital de Dona Estefânia – Lisboa

Mesa Redonda: I Congresso do H.D.E., realizado na Casa do Artista, de 16 – 18 de Outubro de 2002

O H.D.E. aderiu ao Projecto Global da Qualidade – King’s Fund, em Setembro de 2000. Nessa altura, constitui-se no Hospital um Grupo de Apoio Permanente ao Projecto ao Projecto Global da Qualidade (GAP) que tinha por função apoiar os Serviços, estabelecer a sua coordenação com o Conselho de Administração e com o Gestor de cliente do King’s Fund.

Nesta comunicação ir-se-à focar a metodologia utilizada no Serviço de Imuno-Hemoterapia para aderir cabalmente ao projecto, o seu posicionamento face aos restantes serviços do HDE e as vantagens obtidas neste Serviço, como reflexo das melhorias observadas no Hospital a nível de: Saúde e Segurança, Segurança de pessoas e bens, manutenção do equipamento, segurança contra incêndios, manutenção de instalações entre outros.

Com o objectivo de atingir a conformidade com alguns critérios das Normas King’s Fund, foram desenvolvidas no Serviço algumas actividades das quais destacaremos a implementação interna de um sistema de gestão de erros, acidentes, incidentes e não conformidades. Este sistema permite que qualquer pessoa do Serviço, sempre que seja confrontada com uma das anomalias referidas faça o seu registo, que pode ser anónimo, através do preenchimento da Ficha de Incidente. Será apresentada a referida ficha, bem como a forma como são qualificados e quantificados os problemas surgidos, e a definição de medidas preventivas ou correctivas ajustadas a cada caso.

Abordaremos também a criação de um sistema de Formação, Gestão e Transmissão de Informação, que permite que seja transmitida a informação necessária, a todas as pessoas do Serviço, nomeadamente as normas da qualidade, suas alterações, e política geral do Serviço. Para os novos funcionários foi criado um programa de integração, de forma a motivá-los para o melhor desempenho das suas funções, após a integração. Todos os funcionários do Serviço são estimulados para apresentarem sugestões de melhoria, contribuindo deste modo para a melhoria contínua da qualidade do Serviço.

## **HISTÓRIA DA TRANSFUSÃO SANGUÍNEA**

R. Matias , D. Espírito Santo.

Serviço de Imuno-Hemoterapia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

Poster apresentado Congresso do HDE – 125 Anos na Saúde da Mulher e da Criança

Lisboa 16 – 18 de Outubro de 2002

Desde o início da humanidade que o sangue esteve relacionado com a vida. Era-lhe atribuído um carácter mágico.

Na pré-história o homem apercebia-se que quando lutava, ao ferir-se, surgia um líquido vermelho – sangue – que se sangrasses em demasia o enfraquecia e poderia até provocar a morte.

Os egípcios e os romanos banhavam-se e bebiam sangue dos jovens guerreiros mortos com o objectivo de curar determinadas doenças, como a epilepsia, ou porque pensavam que dessa forma ficariam mais robustos.

Em 1613 com a descoberta da circulação do sangue por William Harvey deu-se o primeiro avanço científico significativo nesta área. Em seguida iniciaram-se as primeiras transfusões utilizando sangue animal. As

consequências foram desastrosas e em 1678 o Parlamento Francês e a Royal Society de Londres proibiram as transfusões. Durante o século XVIII, não se encontram registos sobre a terapêutica transfusional.

No séc. XIX (1818) – J. Blundell realiza a 1ª transfusão com sangue humano.

No séc. XX, com a descoberta dos grupos sanguíneos e das provas de compatibilidade (em 1900 – K. Landsteiner descobre o sistema AB0), as transfusões são utilizadas pela primeira vez com sucesso, tendo sofrido um grande incremento durante a primeira Guerra Mundial. Durante a segunda Guerra Mundial, o sangue já era separado em componentes, tendo-se utilizado pela primeira vez plasma e albumina. Esta terapêutica permitiu salvar milhares de vidas.

Portugal foi o primeiro país da Europa a fazer o registo de dadores de sangue, em 1944. Em 1948 foi criado o Serviço de Sangue do Hospital de S. José.

Em 1952 verificou-se a reconversão da dádiva remunerada em benévola.

Em 1972 iniciou-se o rastreio do vírus da hepatite B, e em 1985 e 1987 o do HIV<sub>1</sub> e HIV<sub>2</sub> respectivamente.

Em Setembro de 1997, abertura do Serviço de Imuno-Hemoterapia do HDE.

**SERVICO DE GINECOLOGIA -OBSTETRÍCIA**  
**Director: Dr. DINIS DA FONSECA**

**INTRODUÇÃO**

Um Serviço Hospitalar deve ter uma actividade técnica e qualitativamente válida dedicada ao diagnóstico e tratamento das doenças do foro da especialidade. Deve preocupar-se ainda com a recuperação e a prevenção das doenças.

Finalmente deve ter uma função formativa post graduada. A investigação assente na clínica, fomenta os trabalhos que serão divulgados quer no Anuário do Hospital quer em revistas da especialidade.

Podemos destacar três campos onde o conhecimento e a prática clínica desta especialidade mais evoluíram.

- a) Equilíbrio hormonal subjacente ao ciclo reprodutor. Importância de seu conhecimento e controle na profilaxia da gravidez inesperada e dos tumores hormonodependentes do aparelho genital feminino.
- b) Cirurgia laparoscópica associada á Histerectomia por via vaginal. Histeroscopia diagnóstico e terapéutica
- e) Diagnóstico Pré-Natal.

Os temas apresentados incluem-se nos objectivos acima citados.

Lisboa, 28 de Abril de 2003 - Dinis da Fonseca

**DIAGNÓSTICO PRÉNATAL DA MALFORMAÇÃO ADENOMATÓIDE QUISTICA CONGÉNITA DO PULMÃO: A PROPÓSITO DE TRÊS CASOS CLÍNICOS**

Ivone Dias\*; M<sup>a</sup>. José. Bernardo\*

\*Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital D. Estefânia, Lisboa

12th World Congress on Ultrasound in Obstetrics and Gynecology

New York, USA - November 2002 ( poster)

Ultrasound in Obstetrics & Gynecology, 2002 vol.20, Supplement 1, pag. 41

**Resumo:**

**Introdução:** A Malformação Adenomatóide Quística Congénita do Pulmão (MAQCP) é uma patologia rara, cujo diagnóstico prenatal é possível através da realização do exame ecográfico do feto. Estão descritos três tipos de MAQCP, tipo 1 constituída por macroquistos, tipo 2 misto, tipo 3 microquistos.

**Casos clínicos:** Os autores apresentam o diagnóstico pré-natal de três casos clínicos MAQCP efectuados entre as 21 e 25 semanas de gravidez, um deles apresentava também imperfuração anal, agenésia do rádio e polegar, em dois casos existia desvio do coração para o hemitórax direito. Todos eles apresentavam o tipo misto da MAQCP tendo-se observado a parcial regressão dos quistos ao longo da gravidez. Os partos foram de termo com recém nascidos com peso e Apgar normal. Nenhum dos recém nascidos apresentou dificuldade respiratória. Duas das crianças tem actualmente 5 e 9 anos idade, encontrando-se clinicamente bem, sem terem efectuado qualquer tipo de terapêutica, tendo sido controladas ao longo dos anos por TAC. No último caso foi efectuada ressecção cirúrgica da lesão no período neonatal e actualmente com 9 meses de vida, encontra-se clinicamente bem.

**Conclusão:** A Malformação Adenomatóide Quística Congénita do Pulmão se não estiver associada a malformações major e se for do tipo 2 apresenta um bom prognóstico.

## HISTEROSSONOGRRAFIA - ESTUDO RETROSPECTIVO DE TRÊS ANOS

Ivone L.Dias \*.; M. José Bernardo\*; Judite Bugalho\* .

\*Serviço de Ginecologia /Obstetrícia, Hospital D. Estefânia

IX Congresso Português de Ginecologia

Aveiro, Junho de 2002 (Comunicação livre)

Revista de Ginecologia e Medicina da Reprodução, 2002, vol.27, pag.52

**Introdução** - A histerossonografia é uma técnica ecográfica de ambulatório que após à introdução de meios líquidos, permite o estudo da cavidade endometrial e permeabilidade tubária, sendo também possível a avaliação de patologia miometrial.

**Material e Métodos** – Os autores fazem um estudo retrospectivo das 1000 histerossonografias efectuadas no serviço durante 3 anos. As doentes foram enviadas pelas consultas de Medicina da Reprodução (n=399), Climatério(n=327), Ginecologia Geral (n=210) e Senologia (n=64). Analizaram-se os dados clínicos, ecográficos, achados histerossonograficos e concordância com a histeroscopia, histerossalpingografia ,laparoscopia e histologia.

**Resultados** - No estudo da cavidade endometrial predominaram os polipos, fibromiomas sub mucosos e sinéquias e na avaliação tubária a permeabilidade bilateral.

Houve alta concordância com os métodos clássicos de avaliação endometrial e tubária.

Os exames foram bem tolerados, detectando-se uma morbidade de 0,3% (infecções pélvicas ligeira controladas com antibioterapia).

**Conclusão:**A histerossonografia é uma técnica de ambulatório bem tolerada, que aumenta a sensibilidade da ecografia vaginal no diagnóstico da patologia endometrial e miometrial e permite a avaliação da permeabilidade tubária.

**Palavra chave** :Histerossonografia.

## TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS TUMORES ANEXIAIS: CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO

Lima J, Susana Coutinho, Mira R, Noémia Assunção

Serviço de Ginecologia-Obstetrícia do Hospital D. Estefânia

IX Congresso Português de Ginecologia

Aveiro, 22 a 26 de Junho de 2002 (Poster)

### Resumo:

**Introdução:** Actualmente a laparoscopia tem um papel fundamental no diagnóstico e no tratamento cirúrgico dos tumores anexiais.

**Objectivo:** Avaliar a experiência do Serviço na abordagem cirúrgica da patologia anexial.

**Material e métodos:** Foi efectuado um estudo retrospectivo de todos os casos operados no ano de 2001 com o diagnóstico definitivo de tumor anexial, num total de 113 mulheres. Foram avaliados o tipo de cirurgia (laparotomia vs. laparoscopia), o exame histológico, a duração de internamento e a existência de complicações. A estatística dos resultados foi efectuada por programa informático específico (SPSS versão 10.0), tendo as variáveis contínuas sido comparadas através do teste de t-Student e as descontínuas pelo teste do  $\chi^2$ . Considerou-se o nível de significância para  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Dos 113 casos operados (idade média  $40 \pm 15$  anos min. 12 máx. 87), foram efectuadas 54,9% de laparoscopias e 45,1% de laparotomias. As mulheres operadas por laparotomia tinham uma idade significativamente superior (47,8 vs. 33,6 anos;  $p < 0,0001$ ). Todos os casos de tumores malignos foram neste grupo (7,8% vs. 0%;  $p = 0,02$ ). Nas mulheres submetidas a laparoscopia verificou-se um menor número de dias de internamento no pós-operatório (1,7 vs. 4,0 dias;  $p < 0,0001$ ) e de complicações (0% vs. 6%;  $p$  NS).

**Conclusões:** A abordagem laparoscópica dos tumores anexiais é vantajosa desde que seja efectuada uma selecção criteriosa dos casos.

## EXTROFIA DA BEXIGA E PROLAPSO UTERINO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

J. Lima\*, Filomena. Sousa\*, C. Ferreira\*, Mª José Nunes\*, Noémia Assunção\*, Filipe Catela\*\*

\*Serviço de Ginecologia/Obstetrícia e \*\*Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital D. Estefânia  
IX Congresso Português de Ginecologia  
Aveiro, 22 a 26 de Junho de 2002 (Poster)

**Resumo:**

A extrofia da bexiga é uma malformação congénita que afecta 1 em 125 000 a 250 000 mulheres. Devido à ausência da parede abdominal anterior com exposição dos orifícios ureterais, ausência da fusão da sínfise púbica e à fraqueza da musculatura anterior do diafragma pélvico, a extrofia da bexiga pode estar associada a prolapso genital.

Várias técnicas cirúrgicas, têm sido descritas, para a correcção dos aspectos urológicos da extrofia da bexiga, no entanto, o prolapso genital surge na idade jovem num número significativo de casos.

Os autores descrevem um caso clínico de uma mulher de 19 anos, com extrofia da bexiga, submetida durante os primeiros anos de vida a várias cirurgias de correcção do seu defeito vesical (neobexiga efectuada a partir do recto), que surge com um prolapso uterino de grau II/III. Foi efectuada suspensão uterina através de sacrocolpopexia com fita de Mersilene.

São também discutidos aspectos relacionados com as dificuldades técnicas deste tipo de correcções, com a qualidade de vida social e sexual e com a capacidade reprodutora futura numa mulher com este diagnóstico.

**PAPEL DE UMA CONSULTA DE GINECOLOGIA PARA ADOLESCENTES NUM HOSPITAL PEDIÁTRICO**

Filomena Sousa, M<sup>a</sup> José Bernardo

Serviço de Ginecologia/Obstetrícia do H.D.Estefânia.

Congresso do Hospital de D. Estefânia – 125 anos na Saúde da Mulher e da Criança Lisboa, 16 a 18 de Outubro de 2002 (Poster)

**Resumo:**

Para além dos problemas ginecológicos que podem surgir em adolescentes sem outra patologia, as adolescentes seguidas em consultas de sub-especialidades pediátricas apresentam por vezes problemas ginecológicos secundários à sua patologia médico-cirúrgica.

Nestas adolescentes é necessário resolver ou controlar o problema ginecológico mas é também importante abordar aspectos como a sexualidade, a contracepção e a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Em adolescentes com patologia médica ou cirúrgica estes aspectos tomam proporções diferentes das habitualmente encontradas nas outras adolescentes e implicam uma actuação diferente, como por exemplo as adolescentes com síndrome adreno-genital precoce, espinha-bífida, paralisia cerebral, endocrinopatias ou alterações da coagulação. Baseados na sua experiência como ginecologistas-obstetras a colaborar numa Consulta de Adolescentes de um hospital pediátrico, os autores fazem um resumo das situações que mais frequentemente necessitam do seu apoio e apresentam, de forma esquemática, os principais objectivos no tratamento e vigilância dessas situações.

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA**

Filomena Sousa

Serviço de Ginecologia/Obstetrícia do HDE.

Congresso H. D. Estefânia - 125 anos na Saúde da Mulher e da Criança (mesa redonda)

Lisboa, 18 de Outubro 2002

**Resumo:**

Os factores que intervêm no comportamento sexual dos adolescentes são culturais, familiares, religiosos e sócio-económicos. Na nossa sociedade a gravidez na adolescência é essencialmente um problema sócio-económico e não um problema médico. Existe um grande intervalo entre o aparecimento da capacidade para procriar e a capacidade profissional e económica para constituir família. Daqui resultam conflitos e tensões que opõem os impulsos biológicos hiperestimulados às condições económicas e sociais.

Porque é que algumas adolescentes ficam grávidas mesmo depois de terem acesso a informação e uso de métodos contraceptivos?

Podem colocar-se várias hipóteses, e há certamente várias razões:

- procura de identidade, que encontram no seu papel de grávidas,
- afirmação da sua feminilidade,
- necessidade de compensação de carências afectivas,
- curiosidade e desejo de correr riscos ou de agir contra as regras,
- vontade de emancipação,
- procura de subsídios canalizados através dos serviços sociais.

E quantas adolescentes ficam grávidas anualmente?

Não é possível saber exactamente quantas adolescentes ficam grávidas porque o número de partos corresponde apenas ao número de casos em que a gravidez acabou por ser aceite. Mas quantas adolescentes recorrem clandestinamente ao aborto? Provavelmente o número de partos constitui apenas a ponta do “iceberg” daquilo que é a gravidez na adolescência. A consulta de grávidas adolescentes do H.D.E. começou a funcionar em Junho de 2000, com o objectivo de dar maior apoio e motivação para que as adolescentes efectuem consultas regulares.

Para além de funcionar num horário desfasado em relação às outras consultas, tem também um atendimento mais personalizado e o apoio de uma assistente social que permite despistar e orientar situações de maior risco social. São múltiplas as circunstâncias em que engravidaram as adolescentes vigiadas na consulta, mas a grande maioria sabia que podia ficar grávida, teve acesso prévio a contracepção e aceitou bem a gravidez. Constata-se uma boa adesão à consulta com bons resultados em termos obstétricos. Foi apresentada uma revisão dos primeiros 30 casos de grávidas adolescentes vigiadas na consulta e também de todos os partos de adolescentes com menos de 18 anos, ocorridos na nossa maternidade.

### **HEMATOMETRA IN ADOLESCENTS, A RARE REPORT**

L. Vicente, Filomena Sousa, M<sup>a</sup>.José Bernardo, Fazila Mahomed  
Serviço de Ginecologia/Obstetrícia do H.D.Estefânia.

IX Congresso Europeu de Ginecologia Pediátrica e da Adolescência  
Florença, Itália -2 a 5 de Dezembro de 2002 (Poster)

#### **Resumo:**

Hematometra in adolescents is usually associated with uterine and lower genital tract malformations.

The authors report a case of a hematometra diagnosed in a 14<sup>th</sup> years old girl without any of these malformations. She had a past history of two abdominal surgeries for correction of portal hypertension secondary to a portal cavernoma diagnosed 10 months before. This girl, with the menarche one year before, reporting regular menses, was admitted with a dysfunctional vaginal bleeding and severe anaemia (Hgb=5,0gr/dl). Submitted to blood transfusion the vaginal bleeding was controlled with the use of high dose oral contraceptives (etinilestradiol 30 µg plus gestodene qbi). A severe hematometra, not present before, was detected by ultrasound, two days later, without symptoms. No uterine or lower genital tract malformation was detected by MRI. A conservative approach was decided, as the girl was virgin and remained asymptomatic. The hematometra resolved spontaneously, in the next menses, after stopping the contraceptive, although associated with intense dysmenorrhea. The authors point out the importance of this conservative approach, in managing adolescent girls with hematometra not associated with uterine or lower genital tract malformation.

**SERVICO DE GENÉTICA MÉDICA**  
**Director: Dr. MANUEL MARQUES**

**“ O SERVIÇO DE GENÉTICA”**

Manuel M. ; de Almeida S.; Kay T. ; Teixeira T.; Sivas A ; Meira T. ; Paulino S. ; Carvalhas R.; Serafim S. ;Rua A. ; Teles T ;Quintans F.

Serviço de Genética Médica do HDE – Lisboa

Congresso do Hospital Dona Estefânia - 125 anos na saúde da Mulher e da Criança;

Lisboa, 16 a 18 de Outubro de 2002

**RESUMO:**

Quem somos?

Somos uma equipa multidisciplinar. Podem-se considerar três grandes áreas – clínica, administrativa e laboratorial – e um elemento de reforço da ligação interna e externa do serviço de Genética.

O que fazemos?

Durante os dois últimos anos foi possível evoluir, quer quanto à actividade assistencial, onde apesar de o nº de Médicos Geneticistas /especialistas em Genética ter diminuído, o nº de consultas anual aumentou, quer na prestação de serviços laboratoriais de citogenética e de biologia molecular.

A multidisciplinaridade da nossa actividade é interna, funcionando como uma equipa, e externa, com interligação aos diversos serviços do HDE, e a diversos laboratórios exteriores ao HDE.

E planos de futuro próximo já há alguns.

**NÓS, VÓS E ELES**

**“VÓS ... OS SERVIÇOS DE SAÚDE, A MULTIDISCIPLINARIDADE FORA DE PORTAS”**

Teixeira T. ; de Almeida S.

Serviço de Genética Médica do HDE – Lisboa

Congresso do Hospital Dona Estefânia - 125 anos na saúde da Mulher e da Criança;

**Resumo:**

A Genética do HDE, como equipa centralizadora de informação clínica variada, não só recebe casos por parte dos diferentes serviços do HDE como se apoia nos serviços especializados deste Hospital, ou fora dele, para a realização de exames complementares de diagnóstico e de consultas especializadas, com a elaboração em conjunto de um diagnóstico clínico e genético do utente / doente. A interligação com o Hospital sofreu um grande avanço com o aparecimento da “Enfermeira do Serviço de Genética”, que para além das suas funções de interligação interna das áreas clínica, administrativa e laboratorial, promove e acompanha os doentes/utentes na realização de diversos exames complementares de diagnóstico. Na exteriorização da multidisciplinaridade surge um espaço importante de testes genéticos realizados em laboratórios estrangeiros. Frequentemente o apoio solicitado ultrapassa o do “simples” teste genético, surgindo o estabelecimento de protocolos de trabalho e intercâmbio entre laboratórios / serviços.

**NÓS, VÓS E ELES - “NÓS ... CLÍNICA”**

Manuel M. ;

Serviço de Genética Médica do HDE – Lisboa

Congresso do Hospital Dona Estefânia - 125 anos na saúde da Mulher e da Criança;

Lisboa, 16 a 18 de Outubro de 2002

A consulta de aconselhamento genético como ponto de partida e de chegada da patologia genética, como reunião e interface multidisciplinar do diagnóstico genético.

Actualmente com dois médicos geneticistas e um pediatra especializado em genética, o Serviço de Genética tem uma actividade assistencial da ordem das 2.600 mil consultas por ano. Apesar de grande parte das consultas corresponder ao Diagnóstico pré-natal, a consulta de aconselhamento genético tem um peso considerável na estatística final, sendo por vezes difícil estabelecer a fronteira entre estas duas prestações de serviço.

### **NÓS, VÓS E ELES - “NÓS ... LABORATÓRIO**

Carvalhas R. ; Paulino S.

Serviço de Genética Médica do HDE – Lisboa

Congresso do Hospital Dona Estefânia - 125 anos na saúde da Mulher e da Criança;

Lisboa, 16 a 18 de Outubro de 2002

#### **RESUMO:**

O laboratório de genética tem direccionado a sua actividade para a área da citogenética, com a realização de cariotipos a partir de amostras de sangue periférico. Actualmente estão a ser dados os primeiros passos no diagnóstico molecular da patologia genética. A prestação de serviços estima-se em cerca de 30 cariotipos mensais e o estudo de cerca de 60 processos de biologia molecular por ano. A actividade laboratorial passa também pela colheita de sangue e processamento / encaminhamento de amostras biológicas várias para diferentes laboratórios. Para além da prestação destes serviços, também a equipa laboratorial é parte activa do estudo multidisciplinar que se realiza para a obtenção de um diagnóstico genético.

### **NÓS, VÓS E ELES - “NÓS ... ADMINISTRATIVA”**

Sivas A.

Serviço de Genética Médica do HDE – Lisboa

Congresso do Hospital Dona Estefânia - 125 anos na saúde da Mulher e da Criança;

Lisboa, 16 a 18 de Outubro de 2002

A dinâmica e actividade do secretariado do Serviço de Genética, embora possa ser parcialmente comparável a qualquer secretariado de um serviço hospitalar, reveste-se frequentemente de outras tarefas, funções, solicitações e desempenhos. O contacto com os doentes e as suas famílias, a informação sobre resultados de genética, a observação das regras de confidencialidade dupla dos processos de genética, a humanização dos Serviços de Genética, o envolvimento no trabalho de equipa de pesquisa de um diagnóstico genético, a participação nas várias actividades de gestão, organização e procedimentos de qualidade, são aspectos do secretariado único deste serviço.

### **SÍNDROMA DE BERARDINELLI-SEIP: MUTAÇÕES NO GENE AGPAT2, LOCALIZADO EM 9034, RESPONSÁVEIS POR LIPODISTROFIA CONGÉNITA GENERALIZADA. -ESTUDO ENVOLVENDO UMA FAMÍLIA PORTUGUESA**

S. de Almeida <sup>1</sup>, M. Marques <sup>1</sup>, A. Agarwal <sup>2</sup>, E. Arioglu <sup>4</sup>, N. Akkoc <sup>5</sup>, S. Taylor <sup>3</sup>, A. Bowcock <sup>6</sup>, R. Barnes <sup>3</sup>, A. Garg <sup>2</sup>, L. Nunes

Serviço de Genética - Hospital de Dona Estefânia

6ª Reunião da Sociedade Portuguesa de Genética Humana;

Porto - Novembro 2002

#### **Resumo:**

A Lipodistrofia Congénita Generalizada, também conhecida como Síndrome de Berardinelli-Seip (OMIM #269700), é uma doença rara autossómica recessiva caracterizada por grande diminuição ou ausência de

tecido adiposo, grande resistência à insulina desde o nascimento, levando frequentemente ao aparecimento precoce de *Diabetes Mellitus* insulino-resistentes.

Um dos genes responsáveis por esta patologia foi localizado no cromossoma 9, região q34. A localização do gene baseou-se inicialmente em estudos de *linkage* envolvendo uma região de cerca de 4 Mb, entre os marcadores D9S1818 e D9S1826. Foram sequenciados vários genes existentes nesta região, não se tendo observado nenhuma alteração significativa nos vários doentes envolvidos.

O estudo de *linkage* envolvendo uma família portuguesa, extensa e com consanguinidade várias, permitiu reduzir esse intervalo genómico para 0,86 Mb. Neste intervalo foram seleccionados os genes que pudessem de alguma forma estar envolvidos na diferenciação dos adipócitos, proliferação e apoptose. A amplificação do gene AGPAT2 nos indivíduos afectados da família Portuguesa, revelou a deleção dos exões 3 e 4 deste gene, originando uma mutação de *frameshift* com aparecimento prematuro de um codão stop. Esta mutação surge em homozigotia nos doentes desta família.

O estudo deste gene permitiu conhecer a proteína AGPAT2 resultante e as suas funções. Trata-se de uma proteína com 278 aminoácidos pertencente à família das aciltransferases, catalisando uma reacção essencial na via de biossíntese dos glicerofosfolípidos e do triacilglicerol. A expressão deste gene restringe-se ao fígado, coração e tecido adiposo, apresentando menor expressão no músculo esquelético e uma expressão quase indetectável no cérebro.

O estudo da família portuguesa com o Síndrome de Berardinelli-Seip é um exemplo da coordenação do trabalho entre equipas de diferentes Hospitais, Centro de Saúde e laboratórios de Genética, para além das fronteiras geográficas.

<sup>1</sup>Serviço de Genética Médica, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa. <sup>2</sup>Department of Internal Medicine, Division of Nutrition and Metabolic Diseases and Center for Human Nutrition, USA, <sup>3</sup>McDermott Center for Human Growth and Development, University of Texas Southwestern Medical Center, Dallas, U.S.A. <sup>4</sup>Diabetes Branch, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, U.S.A. <sup>5</sup>Dokuz Eylul University School of Medicine, Department of Internal Medicine, Inciralt, Izmir, Turkey. <sup>6</sup>Division of Human Genetics (A.M.B.), Departments of Genetics and Pediatrics, Washington University School of Medicine, St. Louis, USA.

**CONSULTA EXTERNA**  
**Director: Dr. ANTÓNIO MARTINS ROQUE**

**O DESENVOLVIMENTO MORAL DA CRIANÇA**

Maria do Carmo Vale

Consulta de Desenvolvimento – Hospital de Dona Estefânia

Acta Pediatr Port., Setembro/Outubro 2002 - nº 5- vol. 33:301-4

**RESUMO:**

Em Pediatria é usual abordar o desenvolvimento psicomotor e cognitivo da criança como um índice de saúde e bem estar.

O mesmo não se passa com o desenvolvimento da moral que é relativamente desconhecido.

A autora identifica e descreve as principais teorias referentes ao desenvolvimento moral, nomeadamente os aspectos cronológicos e sequenciais do processo de aquisição da moralidade, sublinhando a importância da modelação de comportamentos pró-sociais e de alerta para comportamentos de risco através de dinâmicas familiares que privilegiam estilos de comunicação como o discurso empático e de suporte.

Conclui que o conhecimento do desenvolvimento da cognição moral é fundamental para os educadores complementarem e aperfeiçoarem a modelação comportamental parental.

**CATARATAS NUMA CRIANÇA COM ALTERAÇÕES NO METABOLISMO DA GALACTOSE**

S. Jacinto, M. Ramos

Consulta de Pediatria Médica – Hospital Dona Estefânia

Reunião Clínica do Serviço 1 de Pediatria Médica

Lisboa, Janeiro de 2002

**Introdução:** As cataratas são a causa mais frequente de cegueira em crianças nos países desenvolvidos. A opacificação do cristalino pode representar uma variante clinicamente insignificante do desenvolvimento normal ou ser uma manifestação de doença sistémica grave. As etiologias mais frequentes são as infecções congénitas, as causas hereditárias e os síndromas genéticos e metabólicos. De salientar que aproximadamente um terço, são idiopáticas.

**Caso clínico:** Trata-se de uma criança de 16 meses de idade, natural de São Tomé e Príncipe, com o diagnóstico de cataratas, para a qual foi solicitada a observação na consulta de Pediatria Médica. Antecedentes pessoais e familiares irrelevantes. Do exame objectivo, incluindo oftalmológico, as cataratas bilaterais foram o único achado positivo. Os exames complementares de diagnóstico realizados, mostraram um defeito composto do metabolismo da galactose.

**Conclusão:** A galactosémia é uma doença metabólica; no complexo sintomático que faz parte desta afecção, as cataratas podem constituir uma das manifestações da forma “clássica” ou, pelo contrário, corresponder a manifestação única, neste caso em relação com a deficiência de galactosquinase. Mas especula-se que estados de heterozigotia em relação ao défice de qualquer das três enzimas da via metabólica da galactose possam ser causa de cataratas.

**INFECÇÃO DO TRACTO URINÁRIO SUPERIOR**

**R. Soares\*, F.G.Silva\*, P. Ponte\*, M. Leite\***

\* Consulta de Pediatria Médica, Serviço 1, Hospital de Dona Estefânia.

Reunião clínica do Serviço 1

Lisboa, Março 2002

**Introdução:** A infecção do tracto urinário superior (ITUS) é uma patologia frequente em idade pediátrica, sendo um dos principais motivos de referência para a consulta de Pediatria Médica.

**Objectivo:** Avaliar os resultados da ecografia renal e da cintigrafia renal com DMSA (CDMSA) em crianças com ITUS e correlacionar parâmetros clínicos e laboratoriais de fase aguda com o aparecimento de cicatriz renal.

**Tipo de estudo:** Retrospectivo.

**Material e métodos:** Das crianças seguidas em consulta de Pediatria Médica com diagnóstico de ITUS, foram seleccionadas as que realizaram CDMSA no ano de 2001 e que já tinham realizado ecografia renal (N=64). Foram analisados parâmetros clínicos, laboratoriais e imagiológicos, posteriormente relacionados com os resultados da cicatriz renal na CDMSA realizada mais de 6 meses após o diagnóstico de ITUS (N=46).

**Resultados:** O doente tipo tinha idade inferior a 1 ano, foi internado com febre, anorexia, vómitos, com isolamento de Escherichia coli, medicado com a associação amoxicilina/clavunato e gentamicina, referenciado à consulta após a alta, a fazer quimioprofilaxia com Trimetoprim. A ecografia renal revelou alterações sugestivas de ITUS em 54,6% dos casos, sendo estas alterações mais frequentes nas crianças com idade superior a 1 ano e nas que apresentavam mais de 5 critérios de ITUS. Das crianças que realizaram precocemente cintigrafia renal com DMSA (N=31) 31% apresentaram alterações, com ecografia renal normal. A CDMSA 6 meses após ITUS revelou cicatriz em 37% dos casos, sendo a cicatriz mais frequente nas crianças com idade inferior a 1 ano e com mais de 5 critérios de ITUS. A uretrocistografia não apresentou alterações em 82% (N=61) dos casos.

**Conclusão:** A CDMSA parece ser mais sensível que a ecografia renal para o diagnóstico de ITUS. A idade inferior a 1 ano e o número de critérios de ITUS parecem relacionar-se com o desenvolvimento de cicatriz renal.

**Palavras chave:** Cintigrafia renal com DMSA; Ecografia renal; Infecção do tracto urinário superiores.

**SERVICO DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO**  
**Directora: Dr.ª MADALENA LEVY**

**REABILITAÇÃO DA CRIANÇA COM AMPUTAÇÃO/DEFICIÊNCIA NO MEMBRO INFERIOR – UM DESAFIO!**

M.J.Costa\*, M.Levy\*, I.Seixo\*, S.Claro\*

\*Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital D. Estefânia

Congresso Hospital D. Estefânia, 125 anos na saúde da Mulher e da Criança – Lisboa, Outubro de 2002

**Objectivos:**

As autoras propõem-se a relatar a experiência do Serviço de Medicina e de Reabilitação do Hospital Dona Estefânia na avaliação clínica e tratamento da criança com malformação congénita dos membros inferiores e/ou submetida a amputação.

**Resumo:**

Após uma breve introdução da deficiência do membro inferior/amputação na criança e adulto e respectivas diferenças quanto à etiologia, características anatomo-fisiológicas do coto, potencial de crescimento e possibilidade de deficiências associadas (amputações múltiplas), procede-se à classificação da deficiência do membro inferior na criança quanto à etiologia, nível e ao tipo (adquirida/ congénita).

Salienta-se a aquisição do maior potencial funcional e um desenvolvimento psicomotor harmonioso como objectivos do tratamento global.

O tratamento cirúrgico é orientado para o ortostatismo e marcha, a amputação deve ser ponderada e se necessária realizada o mais tarde possível.

A prescrição da prótese/ortótese tem um papel fundamental no tratamento de reabilitação. É desta que depende o sucesso de adaptação à deficiência. A prótese/ortótese, tem de ser adaptada ao desenvolvimento psicomotor e estado-ponderal da criança, visando uma deambulação eficaz sem queixas e com o mínimo de esforço/gasto energético, e a sua integração familiar, social e escolar.

Aponta-se a necessidade de estabelecer um programa de reabilitação pré-protésico, que inclui técnicas de reabilitação como a cinesioterapia, massoterapia e/ou hidroterapia associado a actividades lúdicas individuais ou em grupo.

Após a protetização/ortoprotetização, recorre-se a um programa de reabilitação, visando a adaptação ao material, a aquisição de novo esquema corporal e uma maior independência.

**Conclusões:**

Apesar dos grandes avanços no que diz respeito à tecnologia de execução de próteses e ortóteses, considera-se no Serviço de Medicina Reabilitação a vertente económica, cultural, durabilidade da prótese e a actividade física e crescimento da criança.

Desta forma, opta-se pela prescrição de próteses exoesqueléticas executadas em material resistente e leve e mais simples possível até à adolescência de modo a ser facilmente adaptado e ajustado ao crescimento e posteriormente pela sua substituição por próteses endoesqueléticas com revestimento cosmético.

**Palavras chave:** Amputação/malformação de membros inferiores; prótese; ortoprótese; tratamento de Reabilitação.

**TRATAMENTO DA ESPASTICIDADE NA CRIANÇA**

Portugal Ribeiro I., Alves A., Loff C., Soudo A.P.

Serviço de Medicina Física e de Reabilitação – Hospital de Dona Estefânia

Congresso dos 125 anos do Hospital de Dona Estefânia

Lisboa, Outubro de 2002

**Resumo:** Define-se espasticidade, como um aumento do tono muscular dependente da velocidade do estiramento, resultante duma lesão do 1º neurónio.

Faz-se uma revisão sumária da sua fisiopatologia.

Abordam-se as implicações da espasticidade sobre o tono, postura e movimento. Nomeiam-se as principais etiologias (Paralisia Cerebral e Traumatismo Crâneo Encefálico), e modos de medição – Ashworth, Goniometria e Electromiografia dinâmica - Focam-se os objectivos do tratamento, exaltando a importância da melhoria da mobilidade e da funcionalidade, diminuição da dor, prevenção das contracturas, protelamento das cirurgias, melhoria da cosmética. Referem-se as diversas formas de tratamento tendo em vista a redução da espasticidade: fisioterapia e ortóteses; farmacológico (com destaque para a toxina botulínica) e cirúrgico. Suas indicações, contra indicações e efeitos colaterais.

**Conclusões:** A espasticidade deve ser “modulada” sempre que prejudicial; Não há tratamento definitivo; A gestão dos recursos terapêuticos disponíveis será adaptada às circunstâncias da criança em crescimento.

**Palavras-Chave:** Tratamento; Espasticidade.

## DIVERSOS

### DESENVOLVIMENTO DA UNIDADE DE DOR DO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA

Lúcia Nóbrega, Lígia Braga, R. Duarte, José Ramos, M. Marques, L. Rosa, Isabel Seixo, I.Ornelas.

Grupo de Trabalho Contra a Dor no HDE

Congresso do Hospital de Dona Estefânia – 125 anos na saúde da Mulher e da Criança

Lisboa, 16-18 Outubro 2002

**Resumo:** É nomeado pelo Conselho de Administração em 2001 um grupo de trabalho multidisciplinar a quem cabe a tarefa de organizar um modelo de prevenção e tratamento da dor enquadrado nos modelos sugeridos pelo Plano Nacional de Luta Contra a Dor, que proporcione ao maior número possível de utentes o alívio eficaz e seguro da dor aguda ou crónica de qualquer causa., individualizado às especificidades do Hospital de Dona Estefânia (Materno-infantil).

A implementar uma Unidade de Dor Aguda em 2002/2003 enquadrada nos moldes das Unidades de Dor Aguda de modelo europeu de baixo custo, que garanta a profilaxia e tratamento da dor aguda perioperatória na mulher e na criança, abrangendo também o alívio da dor em todos os serviços do hospital. Uma das metas definidas pelo grupo da dor é ainda a criação de uma Unidade de Dor Crónica Multidisciplinar Nível II.

Foram ministradas quatro acções de formação de carácter multidisciplinar a vários profissionais de saúde na área da dor em 2001-2002, estando programada a sua continuidade para o ano de 2003.

Há uma mudança de atitude, com maior sensibilidade dos profissionais de saúde tendentes à profilaxia e tratamento da dor, com a utilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas, e com a elaboração de protocolos.

O Hospital de Dona Estefânia é um hospital com especificidades únicas, existindo dois grupos de utentes com necessidade de considerações especiais, que requerem meios humanos e materiais especializados na abordagem e tratamento individualizado da dor; por um lado a população pediátrica constituída por um grupo não uniforme de utentes médicos e cirúrgicos que vão do recém-nascido prematuro ao adolescente de 16 anos de idade e, por outro, a abordagem analgésica específica da grávida. A garantia de qualidade na prestação de cuidados de saúde passa pela existência formal de uma Unidade de Dor Aguda e uma Unidade de Dor Crónica autónomas e especializadas no Hospital de Dona Estefânia.

## **QUESTÕES QUE SE COLOCAM NA UTILIZAÇÃO DO EMLA - Creme ou Penso**

Lúcia Nóbrega, Lígia Braga, R. Duarte, José Ramos, I. Ornelas, M. Marques, L. Rosa, Isabel Seixo  
Grupo de Trabalho Contra a Dor no HDE  
Congresso Hospital de Dona Estefânia – 125 anos na Saúde da Mulher e da Criança  
Lisboa, 16-18 Outubro 2002

**Resumo:** A dor provocada pelos procedimentos dolorosos que envolvem a punção da pele, nomeadamente as punções venosa, lombar e intramuscular, revelam-se como as que mais frequentemente originam uma sensação de medo e ansiedade na criança e no jovem/adulto com fobia de agulhas.

O EMLA (Eutetic Mixture of Local Anaesthetics) é uma mistura de dois anestésicos locais tipo amida (Lidocaína a 2,5% + prilocaína 2,5%) para uso tópico a 5% de concentração, que penetra em todas as camadas de pele íntegra, constituindo um método eficaz para eliminar ou diminuir a dor associada àqueles procedimentos.

Divulgar os critérios de aplicação do EMLA fomentando a sua utilização na prevenção da dor aguda sobretudo na criança.

A aplicação do EMLA tem suscitado dúvidas e algumas questões nos profissionais de saúde que o utilizam.

A procura das respostas para as questões mais frequentes levou-nos à explicitação de critérios descritos em protocolo e discutidos em acções de formação no HDE, permitindo uma reflexão sobre as vantagens e desvantagens da aplicabilidade do EMLA.

A análise da eficácia do EMLA emergiu de um inquérito verbal efectuado às crianças(famílias) submetidas a punção venosa, no período pré-operatório, desde Janeiro de 2002.

A discussão dos critérios de aplicação do EMLA em sessões formativas no HDE, levou à sua utilização de forma sistemática em todas as crianças com idade superior a 3 meses, que frequentaram a consulta de preparação pré-operatória desde Março de 2002, realizada por uma enfermeira, e que, necessitaram fazer colheita de sangue para análises. O EMLA revelou-se eficaz na eliminação da dor provocada pela punção venosa na criança e no adolescente.

## **COMISSÃO DE TRANSFUSÃO SANGUÍNEA DO HOSPITAL DE DONA ESTEFANIA**

Deonilde Espírito Santo, Luís Trindade, Margarida Santos, Felisberta Barrocas, Fazila Mahomed, Zínia Serafim, Lurdes Santos

“ABO – Revista de Medicina Transfusional” Nº11. Set./2002 (23-28).

### **Resumo**

A transfusão sanguínea é parte essencial dos cuidados de saúde na nossa sociedade. Tem sido grande a preocupação na definição de políticas e programas de acção visando a segurança e a qualidade em toda a cadeia transfusional. Com o objectivo de garantir a correcta utilização do sangue e hemoderivados e a rentabilização máxima de cada unidade colhida, surgiram nos anos 80 as primeiras Comissões de Transfusão Sanguíneas Hospitalares (CTHS). Em Portugal, em Setembro de 1999, a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), recomendou a criação destes organismos nos Hospitais, definindo a sua constituição e funções de acordo com os consensos internacionais. Relata-se o modo como surgiu a Comissão de Transfusão Sanguínea do HDE, em Maio de 1996, sua constituição, funcionamento, actividades desenvolvidas e o que se propõe efectuar a curto e médio prazos.

# ANUÁRIO DO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA

## - Trabalhos premiados - Ano 2002-

	<b>PRÉMIO DE MÉRITO CIENTÍFICO</b>	<b>MENÇÃO HONROSA</b>
Ginecologia Obstetrícia	<b>Papel de uma Consulta de Ginecologia para Adolescentes num Hospital Pediátrico</b> Filomena Sousa; Maria José Bernardo	<b>Extrofia da bexiga e Prolapso Uterino: a propósito de um caso clínico</b> J. Lima, F. Sousa, C. Ferreira, M.J.Nunes, N. Assunção, F. Catela,
Anestesiologia		<b>A Violência da Doença Física</b> Lúcia Nóbrega, Teresa Cenicante
Pediatria Serviço 1	<b>A simple equation to estimate the osmolarity of neonatal parenteral nutrition solutions</b> L.Pereira da Silva, D. Virella, G.Henriques, M.Rebelo, M.Serelha, J.M. Videira Amaral	
Serviço de Urgência	<b>Acidente com Lápis num lactente - Um caso clínico</b> Alexandra Carvalho, Isabel Fernandes, Rosalina Valente, Lurdes Ventura, Maria do Carmo Vale, Carlos Vasconcelos	
MFR		<b>Tratamento da Espasticidade na Criança</b> Isabel Portugal Ribeiro; A. Alves; C. Loff; A. P.Soudo
Pedopsiquiatria	<b>A Pedopsiquiatria é necessária? - Avaliação das percepções da Pediatria em relação à pedopsiquiatria de ligação no HDE</b> L.Condesso, S. Oliveira, P. Caldeira da Silva, A. Trigueiros	<b>Evolução do perfil da criança da consulta de externa de Pedopsiquiatria/Equipa 24 de Julho</b> P. Vilarça, P. Caldeira da Silva, L.Pocinho
Neurologia	<b>Interictal spike EEG source analysis in hypotalamic hamartoma epilepsy</b> Alberto Leal, Vitorina Passão, Eulália Calado, José Pedro Vieira, José Silva e Cunha	<b>Tha "failures" of Spina Bifida transdisciplinary care</b> Eulália Calado, Clara Loff
Genética		<b>Síndrome de Berardinelli-Seip: Mutações no gene AGPAT2, localizado em 9q34, responsáveis por Lipodistrofia Congénita Generalizada - Estudo envolvendo uma família portuguesa</b> Salomé Almeida; M.Marques; A. Agarwal, E.Arioglu, N. Akkoc; S. Taylor; A. Bowcock; R. Barnes; L. Nunes
Imunohemoterapia		<b>Hemoglobinopatias - Drepanocitose e <math>\beta</math>-Talassemia major</b> Deonilde Espírito Santo
Pediatria Serviço 2	<b>Insuficiência renal Crónica _Experiência de 16 anos (1986-2001) da Unidade de Nefrologia do Hospital de Dona Estefânia</b> Gisela Neto; Isabel Castro	<b>Análise retrospectiva de 67 broncoscopias em recém-nascidos e revisão das suas indicações</b> J.A. Oliveira Santos, L.Pereira da Silva, A. Clington, M. Serelha
Consulta Externa	<b>O Desenvolvimento Moral da Criança</b> Maria Carmo Vale	
Imunoalergologia	<b>New in vitro diagnostic method in allergy: Immulite 2000</b> Mário Morais de Almeida, ÂNGELA Gaspar, Sara Prates, Rita Murta, Virgínia Loureiro, Vitória Matos, Cristina Arêde, Céu Teixeira, Cristina Santa-Marta, Graça Pires, Nila Godinho, José Rosado Pinto.	
Patologia Clínica	<b>Susceptibilidade aos antimicrobianos de Streptococcus pyogenes, Haemophilus influenzae, Stretococcus pneumoniae e Moraxella catarrhalis de infeções respiratórias adquiridas na comunidade em 2000</b> Rosa Maria Barros, Isabel Peres, J. Melo-Cristino, Maria Luis Fernandes, Nuno Serrano	
Cirurgia		<b>A doença crónica e a Cirurgia Pediátrica</b> Rui Alves
Imagiologia	<b>Ecografia no diagnóstico da apendicite aguda</b> Marta Simões, Conceição Barrueco, Jorge Furtado, Pedro Paulo Mendes, Ana Nunes, Ana Isabel Penas, Eugénia Soares,	
Otorrinolaringologia	<b>Sequelas otológicas das meningites bacterianas</b> Inês Cunha, Vital Calado, Leonor Carvalho, Ana Leça, Horácio cardoso, Salvador Cabrita, Luísa Monteiro, Lurdes do Ó	