

PD_15

INFEÇÃO CONGÉNITA POR CITOMEGALOVÍRUS: E QUANDO UM CASO FOGE À REGRA?

Andreia Meireles¹; Ana Luísa Santos¹; Raquel Alves¹; Isabel Martins²

¹ Serviço de Pediatria, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Hospital Pedro Hispano

² Serviço de Neonatologia, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Hospital Pedro Hispano

Introdução: A infeção por citomegalovírus (CMV) é a infeção congénita mais frequente nos países desenvolvidos. A maioria deve-se à primoinfeção materna durante a gravidez, embora possa também ocorrer em mulheres previamente imunes por reativação/reinfeção vírica. A demonstração de seroconversão IgG para o CMV é o melhor método para o diagnóstico de primoinfeção materna. Se a grávida apresenta IgG e IgM positivos não se pode assegurar que a infeção seja muito recente, sendo indispensável o estudo da avidez da IgG. A presença de baixa avidez indica uma primoinfeção materna recente, aconselhando-se a realização de estudos diagnósticos no feto e no recém-nascido (RN). A maioria é assintomática ao nascimento, porém é a principal causa de surdez neurosensorial e atraso psicomotor de origem infecciosa.

Caso Clínico: RN de termo, parto hospitalar por ventosa e com rotura de bolsa de águas prolongada. Nos antecedentes obstétricos destaca-se positividade de IgG e IgM para CMV, com baixa avidez no 2º trimestre e infeção do trato urinário por E. Coli no 3º trimestre. Ao exame objetivo não apresentava particularidades relevantes. Do estudo analítico salienta-se proteína C reativa elevada, pesquisa de CMV na urina por biologia molecular positiva e virémia de 822 cópias/mL. As ecografias transfontanelares (Eco TF) revelaram sinais sugestivos de vasculopatia lenticuloestriada e calcificações nos gânglios da base. As avaliações auditiva e oftalmológica não revelaram alterações. Iniciou terapêutica anti-vírica com valganciclovir.

Comentários: A altura da primoinfeção materna é o determinante mais importante das sequelas para o RN, uma vez que a gravidade da clínica é maior quando ocorre no 1º ou 2º trimestre. A decisão de tratar um RN com terapêutica antivírica é baseada na presença/ausência de sintomas e no seu estado imunológico. O caso clínico descreve um RN assintomático ao nascimento, sem alterações na avaliação auditiva, mas com alterações na Eco TF. De acordo com uma série de 141 doentes assintomáticos com vasculopatia isolada de artérias estriadas, demonstrada na Eco TF, verificou-se que 85% dos que não receberam tratamento desenvolveram hipoacusia, comparativamente aos 0% dos RN que foram tratados. Desta forma, com este caso os autores querem alertar para a importância do alto grau de suspeição, nomeadamente na seroconversão com avidez baixa, e para a nova abordagem terapêutica de doentes assintomáticos com alterações específicas na Eco TF como a vasculopatia.

PD_16

QUISTO BRANQUIAL: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Sofia Marinho¹, Catarina Sousa¹, Ana Coelho¹, Cidade Rodrigues¹, Mónica Recamán¹, Fátima Carvalho¹

¹ Serviço de Cirurgia Pediátrica, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

Introdução: As anomalias dos arcos branquiais correspondem a 30% de todas as anomalias congénitas cervicais, sendo um importante diagnóstico diferencial a considerar na patologia do pescoço em idade pediátrica. A sua apresentação clínica pode variar entre quistos, sinus ou fistulas, e a sua localização mais comum é ao longo da face anterior do músculo esternocleidomastoideu. Apesar de muitos médicos considerarem o seu diagnóstico fácil e aparente, artigos recentes descrevem baixos índices de acurácia diagnóstica. Uma história clínica detalhada, que inclua a idade do doente, o tamanho e a duração da lesão, bem como a presença ou ausência de sintomas associados é de crucial importância para um correto diagnóstico.

Caso Clínico: Apresentamos um caso clínico de uma criança do sexo feminino com 10 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, referenciada à consulta externa de Cirurgia Pediátrica pelo Médico Assistente por uma tumefação cervical direita assintomática, com meses de evolução, detetada no exame objetivo de rotina. Na nossa consulta, detetada tumefação cervical direita no terço médio do pescoço, anteriormente ao músculo esternocleidomastoideu, de consistência elástica, com cerca de 30cm x 25cm. Do estudo complementar realizado apresenta ecografia com descrição de lesão compatível com quisto branquial. Doente submetida a exérese cirúrgica completa da lesão, sob anestesia geral. Resultado anatomopatológico definitivo a confirmar a presença de um quisto branquial do tipo amigdalóide.

Comentários: Os quistos branquiais correspondem a 17% de todas as massas cervicais encontradas em idade pediátrica. A grande maioria destes origina-se a partir do segundo arco branquial. Os quistos branquiais devem ser lembrados no diagnóstico diferencial de qualquer tumefação na porção lateral do pescoço, principalmente quando ocorrem nas primeiras décadas de vida. Um diagnóstico pré-operatório incorreto destas lesões não é incomum, sendo os principais diagnósticos diferenciais o linfangioma, a linfadenite cervical, o quisto do ducto tireoglosso, os quistos dermóides e neoplasias, entre outros. O estudo imagiológico é de crucial importância nesta patologia, quer para orientar o diagnóstico, quer para facilitar a técnica cirúrgica, sendo que apenas a histologia da lesão nos dá o diagnóstico definitivo. O tratamento de escolha é a excisão cirúrgica completa.