PD_31

DOENÇA DE SORO-LIKE – A PROPÓSITO DE 3 CASOS

Joana Lorenzo[1]; Sara Leite[1]; Fernanda Teixeira[1]; Guilhermina Reis[1]; Eva Gomes[2]

[1] Serviço de Pediatria do Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

[2] Serviço de Imunoalergologia do Centro Hospitalar do Porto

Introdução: A doença soro-like é uma patologia rara, cuja fisiopatologia ainda não se encontra estabelecida e que ocorre mais frequentemente em idade pediátrica. O diagnóstico é essencialmente clínico, sendo determinado pela relação temporal entre a ingestão do fármaco e o aparecimento da sintomatologia (1-3 semanas), classicamente composta por febre, lesões cutâneas e artralgias. Geralmente o estudo laboratorial plasmático e urinário não apresentam alterações. Para o seu diagnóstico devem ser excluídas outras patologias, por exemplo a doença de Kawasaki, o lúpus eritematoso sistémico e a vasculite urticariforme.

Descrição dos casos: Apresentam-se 3 casos de crianças com idades compreendidas entre os 15 meses e os 3 anos. Após 6-8 dias de terapêutica com amoxicilina ou amoxicilina/ácido clavulânico desenvolveram um quadro de exantema eritematoso urticariforme pruriginoso, associado a edema das pequenas articulações, com ou sem febre. O tratamento efetuado incluiu a suspensão do fármaco, corticoterapia e anti-histamínicos, verificando-se resolução clínica entre 3 a 10 dias. Nos 3 casos, o estudo da IgE específica para antibióticos β-lactâmicos foi negativo, tendo sido programada a prova de provocação oral (PPO).

Discussão: As reações a fármacos são raras e relacionam-se, na sua maioria, com as suas ações farmacológicas. Em idade pediátrica, a prevalência de exantemas de etiologia vírica é elevada, sendo, por isso, difícil estabelecer um diagnóstico perante uma criança sob antibioterapia que se apresente com clínica de alterações cutâneas e/ou articulares. Nos casos apresentados, a hipótese de doença de soro-like é considerada a mais provável devido à relação temporal entre a ingestão do fármaco e o aparecimento da clínica, que por si só é também sugestiva. A negatividade para a IgE específica vem reforçar o diagnóstico. Contudo, é necessária a realização de PPO para um diagnóstico. Nestes doentes, um diagnóstico definitivo é essencial, por um lado para assegurar a segurança da criança e, por outro, para tranquilizar os cuidadores e evitar o uso de antibioterapia de largo espectro de forma desnecessária, caso seja negativa a prova.

PD_32

TABAGISMO NA BRONQUIOLITE – ONDE HÁ FUMO HÁ FOGO?

Sara Leite[1]; Ana Lachado[1]; Alexandre Fernandes[1]; Maria Guilhermina Reis[2]; Ana Ramos[2]

[1] Serviço de Pediatria, Centro Materno-infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

[2] Unidade de Pneumologia Pediátrica, Centro Materno-infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

Introdução: A exposição passiva ao fumo do tabaco é um fator de risco reconhecido para o internamento por bronquiolite em crianças até aos 2 anos. O Internamento em Pediatria tem sido considerado como uma oportunidade de educação parental e orientação para a desabituação tabágica.

Objetivos: Correlacionar a exposição passiva ao fumo do tabaco com a gravidade clínica da bronquiolite no doente internado, através da análise dos fatores de gravidade à admissão (sinais de dificuldade respiratória (SDR), presença de taquipneia, hipoxémia) e ao longo do internamento (necessidade de oxigenoterapia, máximo de O2 suplementar, necessidade de cuidados intensivos). Métodos: Análise retrospetiva do processo clínico dos doentes internados com BA, entre julho de 2010 e junho de 2015. Foram incluídos todos os doentes com menos de 24 meses internados com diagnóstico de BA.

Resultados: Foram incluídos 530 doentes, 55% do sexo masculino, com mediana de idades de 3.7 meses. Média de dias de internamento de 8.7, com maior prevalência nos meses de Inverno. 488 doentes apresentavam um ou mais fatores de risco associados, com 56.7% a apresentarem exposição passiva ao fumo do tabaco. Apesar de não haver correlação estatisticamente significativa, verificou-se que, nos doentes pertencentes a esta categoria de risco, havia um maior número de casos com hipoxemia e taquipneia à admissão (54% e 61% do total, respetivamente), mantendo-se uma maior necessidade de oxigenoterapia ao longo do internamento, neste grupo. Dos doentes transferidos para os cuidados intensivos 65% pertenciam a esta categoria de risco.

Discussão: A exposição passiva ao fumo do tabaco acarreta maior risco de morbilidade na criança, associada essencialmente a complicações respiratórias. Os autores pretendem alertar os cuidadores e também os profissionais de saúde para a necessidade do reforço de medidas de evicção tabágica, com uma abordagem sistemática durante internamento hospitalar, mas também em regime de consulta.