NASCER E CRESCER
revista de pediatria do centro hospitalar do porto
ano 2016, vol XXV, Suplemento II

resumo das comunicações orais

CO16_01

DIABETES INAUGURAL NUMA URGÊNCIA DE UM HOSPITAL DE NÍVEL A2

Ana Rita Batista[1], Rita Russo Belo[1], Sara Peixoto[1], Cristina Cândido[1], Vânia Martins[1]

[1] Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução e Objetivos: A incidência da diabetes mellitus tipo 1 (DM1) tem vindo a aumentar a nível mundial. A deteção precoce de sinais e sintomas evita apresentações mais graves. Caraterizar os episódios inaugurais de DM1 admitidos no serviço de urgência (SU) de pediatria de um hospital de nível A2.

Metodologia: Estudo retrospetivo dos registos clínicos das crianças e jovens admitidos no nosso SU entre 1 janeiro 2005 e 30 junho 2016.

Resultados: Foram admitidos 74 doentes (56,8% sexo masculino), com média de idade de 9 anos (mínimo 18 meses). Destaca-se um aumento de casos desde 2008. O tempo médio entre o início dos sintomas e o diagnóstico foi de 26,1 dias. A polidipsia (94,6%), poliúria (77,0%) e perda ponderal (63,5%) foram os sintomas mais frequentes, com 10,8% a apresentarem alteração do estado de consciência. À admissão, 39,2% apresentavam desidratação e 40,5% acidose metabólica (grave-46,7%). Glicosúria presente em 97,3% e cetonúria em 83,8%. As médias dos seguintes parâmetros foram: glicémia 519,9mg/dl, HBA1C 11,1%, cetonémia 3,5mmol/l, peptídeo C 0,9ng/ml, insulinémia 5,5U/ml. A média de perfusão de insulina foi de 6,9h; o tempo médio de internamento 7,1 dias e 66,2% tiveram alta com esquema de insulina segundo contagem de hidratos de carbono.

Conclusões: Tal como descrito, verificámos um aumento do número de casos inaugurais de DM1, com um tempo de início de sintomas e diagnóstico semelhante a outras séries. O grupo com maior incidência de acidose metabólica foi a faixa dos 6-10 anos, não concordante com outros estudos. Apesar das diversas informações fornecidas atualmente à população, verifica-se ainda um intervalo de tempo prolongado entre o início dos sintomas e o diagnóstico, justificando a apresentação com cetoacidose.

CO16_02

ENTEROCOLITE POR CITOMEGALOVÍRUS EM LACTENTE

Raquel Oliveira[1], Alzira Sarmento[1], Sandra Rocha[1], Carla Teixeira[2], Laura Marques[2], Hernâni Brito[3], Ermelinda Santos Silva[4], Paula Regina Ferreira[1]

[1] Serviço de Neonatologia e Cuidados Intensivos Pediátricos, Centro Materno Infantil do Norte, CHP

[2] Serviço de Infeciologia e Imunodeficiências do Serviço de Pediatria, Centro Materno Infantil do Norte, CHP

[3] Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim - Vila do Conde

[4] Unidade de Gastrenterologia do Serviço de Pediatria, Centro Materno Infantil do Norte

Introdução: A enterocolite por citomegalovírus (CMV) é uma infeção oportunista frequente nos doentes imunodeprimidos. Nos lactentes a infeção pode ser congénita, perinatal (secreções do canal de parto) ou pós-natal (leite materno ou transmissão horizontal). A clínica é variável sendo rara a infeção gastrointestinal isolada.

Caso Clínico: Lactente de 1 mês e meio, com irmão de 5 anos, saudável. Parto eutócico às 37 semanas, baixo peso ao nascimento. Aleitamento materno exclusivo até ao mês e meio, altura em que foi levada ao SU com dejeções líquidas com sangue, 24h após introdução de leite adaptado. Pela suspeita de intolerância às proteínas do leite de vaca retomou leite materno exclusivo com restrição de produtos lácteos à mãe. Internada 4 dias depois por aumento do número de dejeções e vómitos. Os exames complementares de diagnóstico foram normais. Verificou-se agravamento clínico com recusa alimentar e febre e iniciou antibioterapia. Reiniciou leite extensamente hidrolisado, com normalização do trânsito intestinal, recuperação ponderal e teve alta. Reinternada 48h depois com desidratação grave, por vómitos e diarreia profusa. Após estabilização inicial transferida para o CMIN. Apresentava acidose metabólica hiperclorémica, hipernatremia, hipoalbuminemia, anemia e exame de urina sugestivo de síndrome nefrítico agudo pelo que foi admitida no SCIP. A investigação efetuada revelou PCR CMV positiva (2633 cópias). Iniciou ganciclovir com melhoria da diarreia às 72h. A PCR CMV no líquor e teste de Guthrie foram negativos. Restantes exames culturais negativos. Avaliação por oftalmologia e a ecografia transfontanelar normais.

Pedido à mãe PCR CMV no sangue, HIV 1 e 2, negativos e serologias CMV: IgM negativo/IgG positivo (199,8U/mL). Reiniciou alimentação ao quinto dia com fórmula de aminoácidos, com boa tolerância, seguido de leite extensamente

hidrolisado. Alta medicada com valganciclovir e orientação multidisciplinar.

Discussão: Apesar de as manifestações gastrointestinais serem raras na infeção por CMV no lactente, o diagnóstico deve ser considerado nos casos de diarreia intratável com enteropatia exsudativa, pois respondem à terapêutica com ganciclovir. Neste caso, a infeção pós-natal é mais provável (PCR negativa no Guthrie; PCR e serologias maternas sem evidência de infeção recente) e pode ter sido adquirida por transmissão horizontal, através do irmão, dado que a prevalência da infeção na infância é elevada (50 a 80%).

CO16_03

GASTROENTERITE AGUDA: ABORDAGEM NUM HOSPITAL CENTRAL 2 ANOS APÓS AS RECOMENDAÇÕES DA ESPGHAN

Rafael Figueiredo[1], Liliana Teixeira[1], Helena Moreira Silva[1], Ana Ramos[1]

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

Introdução: Em julho de 2014 a ESPGHAN publicou novas orientações relativamente à abordagem da gastroenterite aguda (GEA). Objetivo principal: análise da abordagem diagnóstico-terapêutica no internamento de um hospital central e comparação com as recomendações da ESPGHAN. Objetivo secundário: revisão da epidemiologia dos internamentos por GEA na criança.

Métodos: Análise retrospetiva dos 154 internamentos por GEA entre Agosto de 2014 e Julho de 2016. Critérios de exclusão: recém-nascidos, doença crónica, infeções nosocomiais.

Resultados: Incluídas 115 crianças, com mediana da idade de 2 anos (1.5meses-17anos). O principal motivo de internamento foi intolerância oral (44.3%); a duração média do internamento foi de 3.9 (SD3.5) dias. Solicitou-se pelo menos um exame complementar de diagnóstico (ECD) em 100%: estudo analítico sérico em 96%; exame virológico de fezes em 70.2% e coprocultura em 30.9%. 45.7% (n=37) dos exames virológicos foram positivos [dos quais: rotavírus em 91.9%, adenovírus e norovírus em 8.1%]. 51.4% (n=18) das coproculturas foram positivas (Salmonella spp em 50% e Campylobacter jejuni 38.9%).

A maioria (94.6%) fez fluidoterapia endovenosa e 34.8% fez soluto de rehidratação oral. Nenhum fez rehidratação por sonda nasogástrica e apenas dois doentes foram medicados com probiótico. Não se registaram óbitos.

Conclusão: As novas recomendações realçam a importância da rehidratação oral por sonda nasogástrica e dos probióticos no tratamento da GEA. A investigação etiológica não está habitualmente recomendada e o ionograma é o único exame com interesse na maioria dos doentes internados. As principais divergências observadas entre a abordagem efetuada e as recomendações foram as seguintes: uso excessivo de ECD, não uso da rehidratação oral por SNG e baixo uso de probióticos.