PO16_13

QUANDO A ECOGRAFIA CARDÍACA REVELA A PONTA DO *ICEBERG*

Daniel Meireles[1], Anabela Bandeira[2], Marília Loureiro[3], Sílvia Álvares[3], Esmeralda Martins[2]

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

[2] Unidade de Doenças Hereditárias do Metabolismo do Serviço de Pediatria, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

[3] Serviço de Cardiologia Pediátrica, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

Introdução: As doenças hereditárias do metabolismo são uma causa frequente de cardiomiopatia na idade pediátrica. O atingimento do miocárdio é sobretudo frequente nos quadros de citopatia mitocondrial e está associado a um aumento significativo da morbilidade e mortalidade neste grupo de patologias.

Caso-clínico: Lactente de 9 meses, sexo feminino, terceiro filho, parto eutócico de termo, com Apgar 9/10, peso adequado ao nascimento. Pais saudáveis, não consanguíneos, sem história de abortamentos prévios. Sem outros antecedentes pessoais ou familiares relevantes.

Internado em contexto de bronquiolite aguda grave por Vírus Sincicial Respiratório complicada com hipoxemia e necessidade de suporte ventilatório não invasivo e corticoterapia sistémica. A ecografia cardíaca revelou hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo (VE) não obstrutiva com disfunção sistólica, tendo esta última normalizado durante o internamento.

Evolução clínica favorável do quadro respiratório, mantendo seguimento em consulta externa de Cardiologia Pediátrica. A ecografia cardíaca realizada um mês após o internamento demonstrou manutenção da hipertrofia concêntrica ventricular esquerda. Nos exames complementares efetuados salientamos hiperlactacidemia (4,05 mmol/l), aumento dos níveis de piruvato (230µmol/L), colocando-se a suspeita de citopatia mitocondrial que foi confirmada pelo estudo enzimático dos complexos da cadeia respiratória no músculo - complexo I (22%); II (39%) e IV (25%). Atualmente com 13 anos apresenta um quadro de atingimento multiorgânico com cardiomiopatia hipertrófica do VE não obstrutiva, atraso do desenvolvimento psico-motor, alterações músculo-esqueléticas, estrabismo e nistagmo horizontal.

Comentários: No caso descrito, a hipótese de se tratar de uma citopatia mitocondrial foi equacionada pelos achados ecocardiográficos que se mantiveram após resolução do quadro respiratório agudo. As alterações bioquímicas e o estudo da cadeia respiratória mitocondrial permitiram o diagnóstico. A evolução clínica revelou o atingimento multiorgânico característico desta patologia.

PO16_14

DOENÇA INVASIVA PNEUMOCÓCICA – UMA REALIDADE SEMPRE PRESENTE

Inês Pires Duro[1], Rafael Figueiredo[1], Alexandre Fernandes[1], Carla Teixeira[1], Laura Marques[1], Alzira Sarmento[2], Ana Ramos[1]

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

[2] Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos do Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

Introdução: Em idade pediátrica, a doença invasiva pneumocócica afeta principalmente lactentes com idade inferior a 12 meses e crianças com factores de risco, tendo a vacinação antipneumocócica um papel relevante na sua prevenção. O S. pneumoniae é uma das principais causas de meningite bacteriana em crianças, com morbimortalidade importante.

Caso Clínico: Adolescente de 12 anos, sexo masculino, com antecedentes de otites de repetição, com Programa Nacional de Vacinação atualizado e 4 doses de imunização antipneumocócica conjugada 7-valente. Admitido no serviço de urgência por otalgia com 24 horas de evolução associada a febre, cefaleias occipitofrontais, vómitos e prostração. Apresentava mau estado geral e obnubilação com flutuação do estado de consciência. Analiticamente apresentava leucocitose com neutrofilia e elevação da proteína C reativa. Efetuada punção lombar com saída de líquido turvo, com pleiocitose (8442 células, 82% polimorfonucleares). Iniciada terapêutica com ceftriaxone e vancomicina. Agravamento progressivo do estado neurológico, com sinais de edema cerebral difuso na tomografia computorizada cerebral, tendo sido entubado e transferido para o serviço de cuidados intensivos pediátricos, onde permaneceu 6 dias com necessidade de ventilação mecânica invasiva. Isolado S. pneumoniae na hemocultura e no exame bacteriológico do LCR, sensível ao ceftriaxone; serotipo não identificável. Imunoglobulinas normais, com anticorpos específicos presentes, complemento normal, subpopulações linfocitárias normais, serologia VIH negativa, tendo sido excluída asplenia ecograficamente. Evolução clínica favorável, com melhoria progressiva do estado de consciência e do estado neurológico. Cumpriu 14 dias de antibioterapia com ceftriaxone. Orientado para a consulta com recomendação para efetuar imunização antipneumocócica 13-valente.

Comentários: Destacamos o facto de ter ocorrido meningite pneumocócica num adolescente previamente saudável, sem fatores de risco, com origem provável numa otite média aguda. Salientamos a importância do reforço com a imunização 13-valente nos doentes vacinados com a 7-valente. O seguimento a longo prazo destes doentes é fundamental para deteção de eventuais sequelas.