



## LIVRO DE RESUMOS

### COMUNICAÇÕES ORAIS

29 de Fevereiro às 17h45

Auditório João Lobo Antunes, Edifício Egas Moniz, FMUL

Moderadoras | Patrícia Janeiro, Joana Coelho

#### **CO1. INATIVAÇÃO DO CROMOSSOMA X NO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

1-Joana Inácio; 2- Adriana Vieira; 3- Inês Almada Correia; 4- Beatriz Graça; 5- Ema Neves; 6- Paula Jorge; 7- Helena Nunes-Cabaço; 8- Nikita Khmelinskii; 9- Maria José Santos; 10- Simão Teixeira da Rocha; 11- Patrícia Costa-Reis

#### **CO2. APLICAÇÃO DA TECNOLOGIA DE RECONHECIMENTO FACIAL NA INVESTIGAÇÃO ETIOLÓGICA**

1-Catarina Pinto da Costa; 2-Constança Magalhães; 3-Maria Inês Calmeiro; 4-Susana Castilho; 5-Susana Rocha

1-Serviço de Pediatria, Unidade Local de Saúde Arco Ribeirinho; 2-Serviço de Pediatria, Unidade Local de Saúde Arco Ribeirinho; 3-Serviço de Pediatria, Unidade Local de Saúde Arco Ribeirinho; 4-Serviço de Pediatria, Unidade Local de Saúde Arco Ribeirinho; 5-Serviço de Pediatria, Unidade Local de Saúde Arco Ribeirinho

#### **CO3. VASCULITE POR IgA E RECOMENDAÇÕES SHARE - CASUÍSTICA DE UM HOSPITAL NÍVEL II**

1- Inês Melo 1- Inês Lobo 1-Jorge Rodrigues 1-Lígia Ferreira

1 - Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Tondela-Viseu

#### **CO4. ANAFILAXIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA: CASUÍSTICA DE 5 ANOS DE UM CENTRO TERCIÁRIO**

1- Carolina Ramos; 1- Maria Vieira; 1- Diana Pereira; 1-Carolina Castro; 1,2- Luís Rodrigues; 1,3- Joana Fermeiro

1 - Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, ULS Santa Maria 2 - Unidade de Gastrenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, ULS Santa Maria 3 - Unidade de Alergologia Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, ULS Santa Maria

#### **CO5. BOMBA INFUSORA DE INSULINA: SERÁ SEMPRE A MELHOR OPÇÃO?**

1-Bárbara Querido Oliveira; 2-Mariana Mixão; 3-Francisco Baptista; 4-Susana Castilho; 5-Susana Correia

1, 3, 4, 5 - Serviço de Pediatria, ULS Arco Ribeirinho; 2 - Departamento de Pediatria, Serviço de Pediatria Médica, ULS Santa Maria

#### **CO6. INCONGRUÊNCIA DE GÉNERO – EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO**

Joana Vieira de Melo 1,2; Joana Glória 1; Filipa Carmo 1; Carolina Peixe 1,3; Teresa Brito 1,4; Ana Raquel Henriques 1, Brígida Robalo 1, Carla Pereira 1; Lurdes Sampaio 1

1 Unidade de Endocrinologia, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Unidade Local de Saúde Santa Maria; 2 Serviço de Pediatria, Hospital José Joaquim Fernandes, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo; 3 Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, Unidade Local de Saúde Santa Maria; 4 Serviço de Pediatria, Hospital São Bernardo, Unidade Local de Saúde da Arrábida



## COMUNICAÇÕES ORAIS

1 de Março às 12h15

Auditório João Lobo Antunes, Edifício Egas Moniz, FMUL

Moderadoras | Bárbara Aguas, Helena Loreto

### CO7. SÍNDROME DA MORTE SÚBITA DO LACTENTE: SERÁ QUE OS PAIS SABEM COMO A PREVENIR?

1-Maria Garrotes, 2-Madalena Malato, 3-Mariana Mixão, 4-Miguel Bhatt Ambaram, 4-Mariana Freire  
1-Departamento da Criança, Hospital de Cascais Dr. José Almeida; 2-Serviço de Pediatria, Hospital de Vila Franca de Xira; 3-Serviço de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; 4-USF Alvalade, ULS Santa Maria

### CO8. IMPACTO DA PANDEMIA COVID-19 NAS INFEÇÕES POR VÍRUS RESPIRATÓRIOS ABAIXO DOS 2 ANOS DE IDADE

Mariana Nunes<sup>1</sup>, Marta Abreu Andrade<sup>1</sup>, Joana Nunes Pereira<sup>1</sup>, António Gama da Silva<sup>1</sup>, Carolina Constant<sup>2,3</sup>, Rosário Barreto<sup>4</sup>, J. Melo Cristino<sup>4,5</sup>, Teresa Bandeira<sup>2,3</sup>

1 - Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, ULS Santa Maria; 2 – Unidade de Pneumologia Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, ULS Santa Maria; 3 – Clínica Universitária de Pediatria, FMUL; 4 – Laboratório de Microbiologia, Serviço de Patologia Clínica, ULS Santa Maria; 5 – Instituto de Microbiologia, FMUL

### CO9. OXIGENOTERAPIA DE BAIXO DÉBITO E ALTO FLUXO NA BRONQUIOLITE AGUDA: AUDITORIA À ATUAÇÃO CLÍNICA

1- Brenda Maria Toro, 2- Carolina Ramos, 3- Inês Passos Coelho, 4- Débora Aroeira Mendes, 5- Adriana Costa, 6- Carolina Constant, 7- Ana Saianda, 8- Luísa Pereira, 9- Rosário Ferreira, 10- Teresa Bandeira

1,2,3,6,7,8,9,10- Unidade de Pneumologia Pediátrica (UPP), Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria. Clínica Universitária de Pediatria, FMUL. 4- Serviço de Pediatria, Unidade Local de Saúde do Médio Tejo. 5- Serviço de Pediatria, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

### CO10. PREVALÊNCIA DE SINTOMATOLOGIA RESPIRATÓRIA EM CRIANÇAS INTERNADAS POR BRONQUIOLITE NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

1- Raquel Sampaio; 2- Marisa Vieira

Hospital de Santa Maria

### CO11. OS DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DE UM RASTREIO NEONATAL PARA DOENÇA DAS CÉLULAS FALCIFORMES EM ANGOLA

1-Catarina Ginete, 2-Mariana Delgado, 3- Baba P.D. Inusa, 4-Manuela Mendes, 5-Roberto Afonso, 6- Isabel Valentim, 7-Adriano Siatembo, 8-Jocelyne Neto Vasconcelos, 9-Miguel Brito

1,2,9-H&TRC, Escola Superior de Tecnologia da Saude de Lisboa, Lisbon, Portugal 3-St. Thomas' Hospital, London, GBR 4,5-Hospital Materno Infantil Dr Manuel Pedro Azancot de Menezes, Luanda, Angola 6,7,8-Centro de Investigação em Saúde de Angola, Caxito, Angola, Caxito, Angola

### CO12. SÍNDROME HEMOLÍTICA-URÉMICA: CINCO CASOS EM 2 MESES - COINCIDÊNCIA OU CAUSALIDADE?

1-António Gama da Silva<sup>1</sup>, 2-Diana Pereira<sup>1</sup>, 3-Zakhar Shchomak<sup>1</sup>, 4-Leonor Boto<sup>2,4</sup>, 5-Sara Costa<sup>3,4</sup>, 6-Ana Zagalo<sup>3,4</sup>, 7-Filipa Durão<sup>3,4</sup>, 8-Patricia Costa Reis<sup>3,4</sup>, 9-Ana Rita Sandes<sup>3,4</sup>, 10-José Esteves da Silva<sup>3,4</sup>

1 - Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Unidade Local de Saúde Santa Maria 2- Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Unidade Local de Saúde Santa Maria 3-Unidade de Nefrologia e Transplantação Renal Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Unidade Local de Saúde Santa Maria 4- Clínica Universitária de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa



## POSTERS COM DISCUSSÃO EM SALA

29 de Fevereiro às 08h00

Auditório João Lobo Antunes, Edifício Egas Moniz, FMUL

Moderadores | Sandra Valente, Luís Rodrigues

### **PS1. QUALIDADE NA ADMINISTRAÇÃO DE SEDO-ANALGESIA EM PEDIATRIA - MEDICAMENTOS DE ALERTA MÁXIMO (MAM) EM CONTEXTO DE URGÊNCIA**

1- Ana Dias; 2 - Priscila Carreira

1- Enfermeira Especialista em Saúde Infantil no Serviço de Urgência de Pediatria, Unidade Local de Saúde Santa Maria - Hospital de Santa Maria 2 - Enfermeira Gestora do Serviço de Urgência de Pediatria, Unidade Local de Saúde de Santa Maria - Hospital de Santa Maria

### **PS2. PROCEDIMENTO DE STAC NUM CASO DE HIPOSPÁDIAS ESCROTAL**

1-António Moreira, 2-Elizabeth Vieira, 3-Rita Raminhos, 4-Diogo Cardoso

Serviço Cirurgia Pediátrica, Hospital de Santa Maria, CHULN

### **PS3. PERTURBAÇÃO DO NEURODESENVOLVIMENTO ASSOCIADA AO GENE TCF20: UMA NOVA ENTIDADE COM FENÓTIPO SMITH-MAGENIS-LIKE**

1-Sara Pinho, 2-Patricia Dias, 3-João Nuno Carvalho, 4-Tiago Proença dos Santos, 5-Juliette Dupont

1.Serviço de Genética, Departamento de Pediatria, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Lisboa, Portugal; 2.Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva, Serviço de Pediatria, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal; 3.Unidade de Neuropediatria, Departamento de Pediatria, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Lisboa, Portugal.

### **PS4. UM CASO ATÍPICO DA SÍNDROME DE ADAMS-OLIVER**

Catarina Macedo<sup>1</sup>, Marta P. Soares<sup>1</sup>, Joana Gil<sup>2</sup>, Alberto Berenguer<sup>2</sup>, Tiago P. Santos<sup>3</sup>, Filipa Jorge Teixeira<sup>4</sup>, Sandra Valente<sup>2</sup>, Mariana Soeiro e Sá<sup>1</sup>

1 - Serviço de Genética Médica, Departamento de Pediatria, Hospital Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria; 2 – Unidade de Neonatologia, Departamento de Pediatria, Hospital Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria; 3 – Unidade de Neuropediatria, Departamento de Pediatria, Hospital Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria; 4 – Serviço de Oftalmologia, Hospital Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria

### **PS5. A BACTERIOLOGIA INTRAPERITONEAL E A RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA NA APENDICITE AGUDA PEDIÁTRICA: UMA ANÁLISE RETROSPECTIVA ENTRE 2017-2023**

1-Ana G. Magalhães, 2-António Moreira, 3-Rita Raminhos, 4-Vânia Oliveira, 5-Diogo Cardoso, 6-Elizabeth Vieira, 7-Ana Paula Martins, 8-José Gonçalo, 9-Miroslava Gonçalves

1-9: Serviço de Cirurgia Pediátrica, Unidade Local de Saúde de Santa Maria

### **PS6. INVAGINAÇÃO INTESTINAL, COMPLICAÇÃO DE UMA PATOLOGIA POUCO FREQUENTE. ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR**

1-Diogo Cardoso, 2-António Moreira, 3-Patricia Reis, 4-Maria João Palaré, 5-Miroslava Gonçalves

1,2,5- Cirurgia Pediátrica, Hospital de Santa Maria; 3- Nefrologia Pediátrica, Hospital de Santa Maria 4- Hematologia Pediátrica, Hospital de Santa Maria

### **PS7. PANCREATITE AGUDA LITIÁSICA-10 ANOS DE EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO TERCIÁRIO**

1-Vânia Oliveira; 2-Rita Raminhos; 3-António Moreira; 4-Elizabeth Vieira; 5-Miroslava Gonçalves

Cirurgia Pediátrica, Unidade Local Saúde Santa Maria



**PS8. PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION AND THE RELEVANCE OF PAEDIATRIC PALLIATIVE CARE IN EARLY LIFE**

1-Joana Vasconcelos; 2-António Gama da Silva;3-Diana Pereira; 4-Catarina Salgado; 5-Ana Sousa; 6-Ana Saianda; 7-Rosário Ferreira; 8-Mónica Rebelo; 9-Maria João Palaré

1,2,3,4,6,7,9 - Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Unidade Local de Saúde Santa Maria; 4,9-Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Unidade Local de Saúde Santa Maria; 5,8- Serviço de Cardiologia Pediátrica, Departamento de Pediatria, Unidade Local de Saúde Santa Maria; 6,7- Unidade de Pneumologia Pediátrica, Departamento de Pediatria, Unidade Local de Saúde Santa Maria

**PS9. GASTROENTERITE AGUDA BACTERIANA NA URGÊNCIA DE PEDIATRIA DE UM CENTRO TERCIÁRIO: ESTUDO DESCRITIVO**

1- Rita Campos; 2- Joana Nunes Pereira; 3- Sara Fonseca; 4- Erica Torres; 5- Pedro Sá Cabral; 6- Dinah Carvalho; 7- J. Melo Cristino; 8- Sara Azevedo

Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, ULS Santa Maria (1, 2, 3, 4, 8); Equipa Fixa da Urgência de Pediatria, Departamento de Pediatria, ULS Santa Maria (3, 4); Unidade de Gastroenterologia Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, ULS Santa Maria (8); Laboratório de Microbiologia, Serviço de Patologia Clínica, ULS Santa Maria (5, 6, 7); Instituto de Microbiologia, FMUL (7)

**PS10. IMPACTO DOS PARASITAS INTESTINAIS NO MICROBIOMA DE CRIANÇAS ANGOLANAS COM ANEMIA FALCIFORME**

1- Mariana Delgado; 1- Catarina Ginete; 2- Brígida Santos; 2- Jocelyne Vasconcelos; 1- Miguel Brito

1- H&TRC- Health & Technology Research Center, ESTeSL- Escola Superior de Tecnologia da Saúde, Instituto Politécnico de Lisboa, Portugal; 2- Centro de Investigação em Saúde de Angola (CISA), Bengo, Angola

**PS11. CONVULSÕES COM FEBRE ASSOCIADAS A GASTROENTERITE AGUDA POR CAMPYLOBACTER JEJUNI**

1 - Margarida Ramalho; 2 - Madalena Ferreira; 3 - Nuzhat Abdurrachid; 4 - Tiago Proença dos Santos; 5 - Filipa Prata; 6 - Ana Mouzinho

1 - Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Hospital de Santa Maria; 2 - Unidade Funcional de Pediatria, Hospital de Cascais Dr. José de Almeida; 3 - Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Hospital de Santa Maria; 4 - Unidade de Neuropediatria, Departamento de Pediatria, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Hospital de Santa Maria; 5, 6 - Unidade de Infeciologia e Imunodeficiências, Departamento de Pediatria, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Hospital de Santa Maria; 4, 5, 6 - Clínica Universitária de Pediatria, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

**PS12. “BURN-COCKTAIL” – TERAPÊUTICA PARA LESÃO POR INALAÇÃO DE FUMO**

Maria Bandeira Duarte<sup>1,2</sup>, Celina Couto<sup>1,2</sup>, Catarina Duarte<sup>1</sup>, Mariana Miranda<sup>1</sup>, Francisco Abecasis<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Departamento de Pediatria, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Lisboa; <sup>2</sup>Serviço de Pediatria, Hospital de Santarém



## POSTERS COM DISCUSSÃO EM SALA

1 de Março às 08h00

Auditório João Lobo Antunes, Edifício Egas Moniz, FMUL

### Moderadoras | Brigida Robalo, Filipa Durão

#### **PS13. GRANULOMA ASSÉPTICO FACIAL IDIOPÁTICO**

1 - Gonçalo Passos Croca, 1 - Catarina Mendonça, 1 - Joana Pereira, 1 - Maria Inês Brito, 1 - Catarina Gomes  
1 - Centro Hospitalar do Oeste – Unidade de Caldas da Rainha

#### **PS14. INTERNAMENTOS POR VARICELA – CASUÍSTICA DE UM HOSPITAL DE NÍVEL II**

1-Raquel Oliveira, 2-Rita Carvalho, 3-Joana Cachão  
Serviço de Pediatria, Hospital de São Bernardo, Setúbal

#### **PS15. UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA DA VASCULITE IGA EM CRIANÇAS**

Mariana Nunes<sup>1</sup>; Sofia Cochito Sousa<sup>1</sup>; Miguel Bernardo<sup>1</sup>; Bárbara Matos Aguas<sup>1</sup>  
Unidade de Pediatria Geral, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, ULS Santa Maria

#### **PS16. SINDROME ESPLÉNICO ASSOCIADO A ALTITUDE**

1 - Beatriz Henriques, 2- Rita Martins, 3 - Ana Ventura, 4- Teresa Ferreira  
Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, ULS Amadora Sintra

#### **PS17. HIPOFOSFATÉMIA LIGADA AO CROMOSSOMA X: EVOLUÇÃO CLÍNICA DE UMA CRIANÇA MEDICADA COM BUROSUMAB**

1- Isabel Moitinho de Almeida, 2- Patrícia Costa Reis, 3- José Esteves da Silva  
1,2,3- Unidade de Nefrologia e Transplantação Renal Pediátrica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, ULS Santa Maria, Lisboa, Portugal. 2,3- Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

#### **PS18. ALOPECIA AREATA OFIÁSICA- UM CASO DE SUCESSO COM UPADACITNIB EM IDADE PEDIÁTRICA**

1-Inês Monteiro, 2-Hugo Leme, 3-António Silva, 4-José Ramos, 5-Rita Pimenta  
1- Serviço de Pediatria, ULS Almada

#### **PS19. VIGILÂNCIA DO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO – RESULTADOS DE 2 ANOS NUM HOSPITAL TERCIÁRIO**

Joana Nunes Pereira<sup>1</sup>, António Gama da Silva<sup>1</sup>, Mariana Nunes<sup>1</sup>, Marta Andrade<sup>1</sup>, Carolina Constant<sup>2,3</sup>, Rosário Barreto<sup>4</sup>, J. Melo Cristino<sup>4,5</sup>, Teresa Bandeira<sup>2,3</sup>

1 - Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, ULS Santa Maria 2 – Unidade de Pneumologia Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, ULS Santa Maria 3 – Clínica Universitária de Pediatria, FMUL 4 – Laboratório de Microbiologia, Serviço de Patologia Clínica, ULS Santa Maria 5 – Instituto de Microbiologia, FMUL VSR

#### **PS20. OBESIDADE NA CONSULTA DE PEDIATRIA GERAL - CASUÍSTICA DE 5 ANOS**

1- Joana Bastos, 2 - Catarina Franquelim, 3 - Elda Costa, 4 - Isabel Brito, 5 - Nádia Santos, 6- Manuela Braga.

1, 2, 3, 4, 5, 6 - Serviço de Pediatria do Hospital Garcia de Orta.



#### **PS21. PIOMIOSITE MULTIFOCAL PRIMÁRIA A STREPTOCOCCUS PYOGENES - UBI PUS, IBI EVACUA**

1,2 - Luzia Condessa; 1- Rafael Inácio; 1- Cristina Camilo; 1- Francisco Abecasis; 3- Luísa Lobo; 4- Graça Lopes; 1- Marisa Vieira

1- Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria - ULSSM; 2- Unidade Funcional de Pediatria, Hospital de Cascais Dr. José de Almeida; 3- Serviço de Imagiologia, Hospital de Santa Maria - ULSSM ; 4- Serviço de Ortopedia, Hospital de Santa Maria - ULSSM

#### **PS22. TUBERCULOSE MENÍNGEA MULTIRRESISTENTE (MDR-TB)**

1,2-Maria Miguel Resende; 1-Brenda Maria Silva Toro; 1-Ana Dias Curado; 3-Tiago Proença Santos; 1- Isabel Menezes Esteves; 1-Filipa Prata; 1-Ana Mouzinho; 1- José Gonçalo Marques;

1- Unidade de Infeciologia e Imunodeficiências, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, CHULN; 2- Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Baixo Vouga; 3- Unidade de Neurologia Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, CHULN.

#### **PS23. COMPLICAÇÕES NEUROLÓGICAS GRAVES E HEPATOTOXICIDADE EM CRIANÇA COM MENINGOENCEFALITE TUBERCULOSA**

1-Mariana Soares; 2-Teresa Brito; 3-Maria Manuel Santos; 4-Sofia Almeida; 5-Tiago Santos; 6-Isabel Esteves; 7-José Gonçalo Marques.

1 - Serviço de Pediatria, Departamento de Pediatria, ULS Santa Maria; 2- Departamento de Pediatria, ULS Arrábida; 3- Serviço de Neurocirurgia, ULS Santa Maria; 4-Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Departamento de Pediatria, ULS Santa Maria; 5- Unidade de Neuropediatria, Serviço de Pediatria, Departamento de Pediatria, ULS Santa Maria; 6,7-Unidade de Infeciologia e Imunodeficiências, Serviço de Pediatria, Departamento de Pediatria, ULS Santa Maria.

#### **PS24. NA ÉPOCA DAS BRONQUIOLITES AGUDAS, NEM TUDO O QUE PARECE É**

1-Mariana Pedro; 2-Beatriz Câmara, 3-Ana Rita Araújo, 4-Mariana Miranda, 5-Marisa Vieira

1-Serviço de Pediatria, Unidade Local de Saúde do Oeste, Hospital de Caldas da Rainha, Caldas da Rainha; 2-Serviço de Pediatria, Hospital Dr. Nélio Mendonça, Funchal; 3-Serviço de Cardiologia Pediátrica, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Lisboa; 4 e 5- Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Lisboa

## **POSTERS SEM DISCUSSÃO**

### **Edifício Egas Moniz, FMUL Écran digital**

#### **P1. PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO DOS PAIS PARA A UCIN**

1-Neusa Pedrosa; 2-Cátia Matias; 3-Ana Rebotim; 4- Sofia Aguilar; 5- Mafalda Ribeiro; 6-Maria Fernandez; 7- Raquel Olivares

Neonatologia (UCIN), ULS-Santa Maria

#### **P2. PROMOÇÃO DA COMUNICAÇÃO SEM BARREIRAS LINGUÍSTICAS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE**

1-Anna Hutsul

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Unidade Local de Saúde de Santa Maria, Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal.

#### **P3. CUIDADOS SENSÍVEIS AO TRAUMA: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM EM NEONATOLOGIA**

1- Joana Carvalho; 2- Sónia Colaço

1-Unidade de Neonatologia, Hospital de Santa Maria; 2- Departamento de Enfermagem da Criança e do Jovem, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



**P4. UM CASO RARO DE MONONUCLEOSE EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

Pedro Ferreira

USF Nova Caparica, ULS Almada-Seixal

**P5. ACIDÚRIA GLUTÁRICA TIPO I: DOIS CASOS CLÍNICOS COM DIFERENTES EVOLUÇÕES**

Madalena Ferreira Duarte<sup>1</sup>, Marta Abreu Andrade<sup>1</sup>, Artur Varela de Sousa<sup>1</sup>

1- Unidade de Neurodesenvolvimento, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria

**P6. O LABIRINTO DIAGNÓSTICO DA DERMATOMIOSITE JUVENIL**

Isabel Moitinho de Almeida<sup>1</sup>, Miguel Bernardo<sup>1,2</sup>, Raquel Marques<sup>2,3</sup>, Filipa Oliveira Ramos<sup>2,3</sup>, Patrícia Costa Reis<sup>1,2,3</sup>

1 – Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, ULS Santa Maria, Lisboa, Portugal 2 – Unidade de Reumatologia Pediátrica, Hospital de Santa Maria, ULS Santa Maria, Lisboa, Portugal 3 – Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

**P7. SÉRIE DE CASOS DE PANCREATITE AGUDA NUM HOSPITAL DE GRUPO I – OBESIDADE O NOVO CULPADO?**

1 - Carolina Jesus e Sá; 2 - Constança Magalhães; 3 - Francisco Baptista; 4 - Susana Castilho; 5 - Susana Correia

ULS Arco Ribeirinho, Centro Hospital Barreiro Montijo

**P8. O BRINCAR, ENQUANTO INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA HOSPITALIZADA - REVISÃO SCOPING**

1 - Andreia Fonseca; 2 - Vanessa Matos

ULS Santa Maria – Departamento de Pediatria . 1. Consulta Externa; 2. Serviço de Urgência.

**P10. REPERCUSSÕES DA PANDEMIA COVID-19 NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL: RESULTADOS DE UMA SCOPING REVIEW**

1 - Sandra Domingues, 2- Ana Rita Figueiredo, 3 - Paula Diogo

1 - Urgência De Pediatria, ULS Santa Maria; 2- Consulta de Pediatria, ULS Santa Maria, ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, CIDNUR - Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa, 3- ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, CIDNUR - Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa

**P11. “SEAT BEALT SYNDROME”-VALORIZAR,PARA TRATAR ATEMPADAMENTE**

1-Vânia Oliveira; 2-Rita Raminhos; 3-Ana Paula Martins; 4-Miroslava Gonçalves

Cirurgia Pediátrica, Unidade Local Saúde Santa Maria

**P12. IMPACTO DO ENCERRAMENTO DA URGÊNCIA PEDIÁTRICA EM SEMANAS ALTERNADAS NA ATIVIDADE ASSISTENCIAL DE UM HOSPITAL DE GRUPO**

1- Mariana Mixão; 2- Carolina Jesus e Sá; 3- Maria Inês Calmeiro; 4- Paula Afonso; 5- Susana Correia

1- Departamento de Pediatria, Serviço de Pediatria Médica, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; ULS Santa Maria; 2,3,4,5- Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, ULS Arco Ribeirinho

**P13. SÍNDROME DE REFEEDING E DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL: UM DESAFIO INESPERADO**

1 -Joana Glória<sup>1</sup>, 2-Luís Rodrigues <sup>1,2</sup> , 3-Ana Fernandes <sup>1,2</sup> , 4-Sara Azevedo <sup>1,2</sup> , 5-Paula Mourato <sup>1,2</sup> , 6-Helena Loreto <sup>1,2</sup> , 7-Ana Isabel Lopes <sup>1,2</sup>

1 - Unidade de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal. 2 - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

**P14. VIOLÊNCIA NÃO É AMOR**

1 - Isabel Almeida; 2 Marisa Marques; 3 Helena Melo

1,2 -USF Conchas, ULS Santa Maria; 3 - Hospital do SAMS



#### **P15. DERMATOSE AGUDA PUSTULOSA: E AGORA?**

1-Mariana Soares; 2-Inês Pereira Amaral; 3-Ivânia Soares; 4-Ana Dias Curado; 5-Cristina Tapadinhas  
1-Serviço de Pediatria, Departamento de Pediatria, ULS Santa Maria; 2- Serviço de Dermatologia, ULS Santa Maria; 3-Serviço de Dermatologia, ULS Santa Maria; 4-Unidade de Infeciologia e Imunodeficiências, Serviço de Pediatria, Departamento de Pediatria, ULS Santa Maria; 5- Serviço de Dermatologia, ULS Santa Maria.

#### **P16. 2023 - AUMENTO DA MORTALIDADE EM CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS?**

1-António Gama da Silva<sup>1</sup>, 2-Diana Pereira<sup>1</sup>, 3-Joana Vasconcelos<sup>1</sup>, 4-Catarina Salgado, 5-Maria João Manteigas, 6-Inês Teixeira, 7-Emília Fradique<sup>2,3</sup>, 8-Maria João Palaré<sup>2,3</sup>  
1 - Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Unidade Local de Saúde Santa Maria 2- Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Unidade Local de Saúde Santa Maria 3- Clínica Universitária de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

#### **P17. SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR: UMA APRESENTAÇÃO DE LINFOMA MEDIASTÍNICO**

1 - Ana Sofia Silva; 2 - Madalena Malato; 3 - Tânia Carvalho; 4 - Helena Sousa  
1 - Pediatria, ULS Santa Maria; 2, 3 e 4 - Pediatria, ULS Estuário de Tejo

#### **P18. LARINGITE AGUDA EM CUIDADOS INTENSIVOS**

1,2-Catarina Andrade; 1,2-Beatriz Câmara; 1-Catarina Duarte; 1-Maria Maria Mendes; 1-Cristina Camilo  
1- Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Departamento de Pediatria, Unidade Local de Saúde de Santa Maria; 2- Serviço de Pediatria, Hospital Central do Funchal

#### **P19. TROMBOCITOPENIA NA ADOLESCÊNCIA - O QUE NÃO PODE ESCAPAR**

Filipa Carmo<sup>1</sup>, Carolina Castro<sup>1</sup>, Francisco Abrantes<sup>1</sup>, Maria Limbert<sup>2</sup>, Catarina Salgado<sup>3</sup>, Maria João Palaré<sup>3</sup>, Ana Mouzinho<sup>4</sup>, Carolina Amaro Gonçalves<sup>3</sup>, Anabela Ferrão<sup>3</sup>  
1. Departamento de Pediatria, Unidade Local de Saúde Local Santa Maria 2. Departamento de Pediatria, Hospital de Cascais 3. Unidade de Hematologia Pediátrica, Departamento de Pediatria, Unidade Local de Saúde Santa Maria 4. Unidade de Infeciologia e Imunodeficiências Primárias, Departamento de Pediatria, Unidade Local de Saúde Santa Maria

#### **P20. LINFADENITE POR MYCOBACTERIUM AVIUM COMPLEX**

Nuzhat Abdurrachid<sup>1,2</sup>; António Moreira<sup>3</sup>; Margarida Ramalho<sup>1</sup>; Madalena Ferreira<sup>1,4</sup>; José Gonçalo Marques<sup>1</sup>  
1. Unidade de Infeciologia e Imunodeficiências, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal. 2. Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal. 3. Serviço de Cirurgia Pediátrica, Departamento de Pediatria, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal. 4. Unidade Funcional de Pediatria, Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

#### **P21. PROCURAR MAIS ALÉM: A PROPÓSITO DE TRÊS CASOS CLÍNICOS**

1-António Sampaio Mesquita, 2-Madalena Ferreira, 3-Francisco Abrantes, 4-Ana Dias Curado, 5-Erica Torres, 6-Filipa Prata, 7-Ana Mouzinho  
1-Serviço de Pediatria, Hospital de Vila Franca de Xira; 2-Serviço de Pediatria, Hospital de Cascais Dr. José de Almeida; 3- Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte; 4,6,7-Unidade de Infeciologia e Imunodeficiências, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte; 5-Urgência de Pediatria, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria; 4,5,6,7-Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

#### **P22. PANCITOPÉNIA GRAVE ASSOCIADA A AZATIOPRINA**

Inês Ferro<sup>1</sup>, Sara Azevedo<sup>2</sup>, Luís Rodrigues<sup>2</sup>, Ana Fernandes<sup>2</sup>, Paula Mourato<sup>2</sup> Maria João Palaré<sup>3</sup>, Helena Loreto<sup>2</sup>, Ana Isabel Lopes<sup>1,2</sup>  
1-Clinica Universitária de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa 2-Unidade de Gastrenterologia Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, ULS Santa Maria 3- Unidade de Hematologia Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, ULS Santa Maria



## RESUMOS

### CO1. INATIVAÇÃO DO CROMOSSOMA X NO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

1-Joana Inácio; 2- Adriana Vieira; 3- Inês Almada Correia; 4- Beatriz Graça; 5- Ema Neves; 6- Paula Jorge; 7- Helena Nunes-Cabaço; 8- Nikita Khmelinskii; 9- Maria José Santos; 10- Simão Teixeira da Rocha; 11- Patrícia Costa-Reis

1. Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Centro Académico de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal. 2 Unidade de Genética Molecular, Centro de Genética Médica Dr. Jacinto Magalhães (CGM), Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUPorto), 4099-028 Porto, Portugal. 3 UMIB—Unit for Multidisciplinary Research in Biomedicine, ICBAS—Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 4050-313 Porto, Portugal. 4 ITR—Laboratory for Integrative and Translational Research in Population Health, 4050-313 Porto, Portugal. 5. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria, ULS Santa Maria, Centro Académico de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal; 6. Departamento de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal; 7. iBB-Institute for Bioengineering and Biosciences and Department of Bioengineering, Instituto Superior Técnico, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal. 8. Associate Laboratory i4HB Institute for Health and Bioeconomy, Instituto Superior Técnico, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal. 9. Unidade de Reumatologia Pediátrica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, ULS Santa Maria, Lisboa, Portugal.

Palavras-chave: Lúpus eritematoso sistémico; Inativação do cromossoma X; XIST

Introdução: O lúpus eritematoso sistémico (LES) é uma doença imuno-mediada com elevada morbidade e mortalidade. A prevalência nas mulheres (XX) é 9 vezes superior aos homens (XY) e aumenta na síndrome do triplo X (XXX) e de Klinefelter (XXY) e diminui na de Turner (XO). Há, assim, uma associação entre o número de cromossomas X e o risco de lúpus.

Em cada célula da mulher um dos cromossomas X é silenciado aleatoriamente para igualar a informação genética entre sexos: metade das células inativam o X materno e a outra metade o paterno. A Inativação do Cromossoma X (ICX) é regulada por um RNA, o XIST. A inativação preferencial de um dos cromossomas X e a desregulação da expressão do XIST podem estar envolvidos na patogénese do LES.

Objetivos: Investigar o padrão de ICX no LES.

Métodos: Estudo de crianças e adultos com LES (critérios 2019 ACR/EULAR) e controlos saudáveis. Isolamento de monócitos e linfócitos B e T (CD4+ e CD8+) por cell sorting. Análise da ICX pelo método HUMARA. Quantificação de XIST por PCR quantitativo.

Resultados: 1. Inativação preferencial de um dos cromossomas X em doentes com LES em 29% dos linfócitos B (4/14) e 38% dos linfócitos T CD4+ (5/13) comparativamente com 11% (2/18) e 15% (2/13) dos controlos, respetivamente. 2. Sobre-expressão de XIST nas células dos doentes com LES (n=36) comparativamente com os controlos (n=27), com significância estatística nos linfócitos B (p=0.008) e T CD4+ (p=0.0442).

Conclusões: Os resultados evidenciam o potencial envolvimento da inativação do cromossoma X na patogénese do lúpus, sugerindo um viés na inativação dos cromossomas X materno e paterno e sobre-expressão do XIST. No futuro, pretendemos identificar genes que escapam à ICX que poderão ser importantes alvos terapêuticos.

### CO2. APLICAÇÃO DA TECNOLOGIA DE RECONHECIMENTO FACIAL NA INVESTIGAÇÃO ETIOLÓGICA

1-Catarina Pinto da Costa; 2-Constança Magalhães; 3-Maria Inês Calmeiro; 4-Susana Castilho; 5-Susana Rocha

1-Serviço de Pediatria, Unidade Local de Saúde Arco Ribeirinho; 2-Serviço de Pediatria, Unidade Local de Saúde Arco Ribeirinho; 3-Serviço de Pediatria, Unidade Local de Saúde Arco Ribeirinho; 4-Serviço de Pediatria, Unidade Local de Saúde Arco Ribeirinho; 5-Serviço de Pediatria, Unidade Local de Saúde Arco Ribeirinho;

Palavras-chave: Síndrome de SHORT, tecnologia, reconhecimento facial

Introdução

A aplicação das novas tecnologias na medicina, bem como o desenvolvimento da inteligência artificial no setor da saúde parece ter impacto positivo no diagnóstico, tratamento e acompanhamento de doentes. O objetivo deste trabalho foi exemplificar o benefício da utilização da tecnologia de reconhecimento facial no diagnóstico célere.



#### Descrição do caso

Adolescente de 15 anos, sexo masculino, natural de Angola, recorreu ao Médico Assistente 2 meses antes do internamento por câibras e mialgias dos membros inferiores. Por má evolução estaturoponderal foi pedido estudo laboratorial, destacando-se glicemia 400mg/dL. Observado novamente no Centro de Saúde, no dia do internamento, referindo polifagia, polidipsia e poliúria com alguns meses de evolução. Por suspeita de diabetes inaugural foi encaminhado ao Serviço de Urgência da Unidade Local de Saúde Arco Ribeirinho, confirmando-se o diagnóstico. À observação destacava-se fácies sindrómica, pelo que se recorreu, com autorização do doente, à aplicação Face2Gene, que comparou as suas características faciais com as de uma base de dados. O resultado foi Síndrome de SHORT, mnemónica para baixa estatura, hiperextensibilidade, depressão ocular, anomalia de Rieger e atraso na erupção dentária. A Diabetes Mellitus é uma das comorbilidades desta síndrome. O estudo genético confirmou heterozigotia para a variante patogénica no gene PIK3R1 característica da Síndrome de SHORT, de hereditariedade autossómica dominante.

#### Discussão

A Síndrome de SHORT é uma doença rara, pelo que o seu diagnóstico pode ser mais tardio, muitas vezes na sequência da identificação de comorbilidades associadas. A utilização de novas tecnologias pode ser uma mais valia no diagnóstico precoce de doenças raras.

### **CO3. VASCULITE POR IgA E RECOMENDAÇÕES SHARE - CASUÍSTICA DE UM HOSPITAL NÍVEL II**

1- Inês Melo 1- Inês Lobo 1-Jorge Rodrigues 1-Lígia Ferreira

1 - Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Palavras-chave: vasculite por IgA, diagnóstico, tratamento, corticoterapia

#### INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

A vasculite por IgA é a vasculite mais frequente na idade pediátrica. As recomendações SHARE de 2019 pretendem uniformizar o diagnóstico e tratamento desta patologia. O objetivo deste estudo foi caracterizar os casos de vasculite por IgA tendo por base as recomendações SHARE.

#### METODOLOGIA

Estudo observacional retrospectivo unicêntrico de admissões com diagnóstico de vasculite por IgA entre 01/2013 e 12/2023 e sua caracterização clínica e epidemiológica.

#### RESULTADOS

Identificaram-se 77 casos com idades compreendidas entre os 15 meses e os 16 anos (mediana de 7 anos) e ligeiro predomínio do sexo masculino (53%). Houve uma média de 6 casos/ano, sendo que 56% ocorreram entre os meses de outubro e fevereiro. Cerca de 35% referiam contexto epidemiológico prévio, na maioria infeções das vias respiratórias superiores (56%). O envolvimento cutâneo foi a forma de apresentação mais comum (100%), seguido do articular (74%) e do gastrointestinal (23%). Na admissão, apenas 4 casos (5%) apresentavam envolvimento renal. Foram documentados 25 internamentos (32%), com uma duração média de 5 dias. Em 15 casos (19%), foi prescrita corticoterapia. Dos 72 casos (94%) referenciados à consulta de pediatria geral, registaram-se 4 (6%) recidivas e 6 (8%) foram posteriormente referenciados a consultas de Nefrologia do hospital de referência.

De acordo com as recomendações SHARE de 2019, 86% cumpriam os critérios de diagnóstico e dos que receberam tratamento com corticoterapia, em 47% foi adequado.

#### CONCLUSÕES

Os resultados obtidos estão de acordo com a literatura. Todavia, é evidente a grande heterogeneidade na orientação terapêutica. A corticoterapia é controversa e sem prova formal de eficácia, devendo-se restringir o seu uso.

### **CO4. ANAFILAXIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA: CASUÍSTICA DE 5 ANOS DE UM CENTRO TERCIÁRIO**

1- Carolina Ramos; 1- Maria Vieira; 1- Diana Pereira; 1-Carolina Castro; 1,2- Luís Rodrigues; 1,3- Joana Fermeiro



1 - Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, ULS Santa Maria 2 - Unidade de Gastrenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, ULS Santa Maria 3 - Unidade de Alergologia Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, ULS Santa Maria

Palavras-chave: anafilaxia; pediatria; adrenalina; atopia;

Introdução: A anafilaxia é uma reação alérgica grave e potencialmente fatal, desencadeada após a exposição a um agente causal específico, com incidência crescente em idade pediátrica.

Objetivos: Determinar a frequência e características dos episódios de anafilaxia num Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) de forma a melhorar a sua identificação e possibilitar uma intervenção precoce e adequada.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo dos casos de anafilaxia admitidos num SUP de um centro terciário entre janeiro/2019 e dezembro/2023. Análise descritiva de variáveis demográficas e clínicas.

Resultados: Incluídos 99 episódios de anafilaxia em 93 crianças, 54% sexo masculino. Média de idade do 1.º episódio  $9,2 \pm 5,8$  anos. Antecedentes atópicos (74%): 33% asma/sibilância recorrente, 25% rinite alérgica, 17% eczema atópico, 3% conjuntivite alérgica, 1% esofagite eosinofílica. Fatores desencadeantes: 69% alimentos, 23% desconhecido, 8% fármacos, 3% induzido por exercício, 1% veneno de himenópteros. Sintomas: 99% mucocutâneos, 74% respiratórios, 49% gastrointestinais, 16% cardiovasculares. Em 25% foi descrito >1 episódio e 2% tiveram reações bifásicas. Foi administrada adrenalina a todos os doentes e foi prescrito auto-injetor de adrenalina a 94%. Todos foram encaminhados para Consulta de Alergologia Pediátrica.

Conclusões: As reações anafiláticas ocorreram sobretudo na adolescência, em doentes com história de atopia. Os sintomas mucocutâneos foram os mais prevalentes e os alimentos foram o principal fator desencadeante. A administração de adrenalina foi realizada de forma atempada em todos os doentes, demonstrando que o protocolo é uniformizado e do conhecimento geral.

#### **CO5. BOMBA INFUSORA DE INSULINA: SERÁ SEMPRE A MELHOR OPÇÃO?**

1-Bárbara Querido Oliveira; 2-Mariana Mixão; 3-Francisco Baptista; 4-Susana Castilho; 5-Susana Correia  
1, 3, 4, 5 - Serviço de Pediatria, ULS Arco Ribeirinho; 2 - Departamento de Pediatria, Serviço de Pediatria Médica, ULS Santa Maria  
Palavras-chave: diabetes mellitus tipo 1, bomba infusora de insulina, adolescência

Introdução: A bomba infusora de insulina (BII) é o gold standard na terapêutica da diabetes mellitus tipo 1 (DM1) e está associada a melhores índices de qualidade de vida, comparada com o tratamento com múltiplas administrações de insulina (MAI). No entanto, por ser um dispositivo externo, pode ser estigmatizante e esteticamente pouco apelativo.

Objetivos: Analisar o controlo, comorbilidades e complicações agudas da doença em jovens com DM1 que tenham suspenso tratamento com BII por questões estéticas.

Métodos: Estudo retrospectivo descritivo dos casos de jovens com DM1 seguidos na consulta de Diabetes de um hospital do grupo I, nos últimos 5 anos, que suspenderam a utilização de BII e reiniciaram MAI. Foram analisados os dados relativos ao ano antes (T1) e ao ano após a suspensão da terapêutica com BII (T2). Compararam-se os seguintes dados: controlo glicémico (HbA1c), comorbilidades (hipertensão arterial, dislipidemia e obesidade), complicações agudas (cetoacidose diabética e hipoglicemias graves) e internamentos.

Resultados: Do total de 65 doentes com DM1 seguidos na consulta de Diabetes, 3 suspenderam BII, todas do sexo feminino, média de idades de 16 anos. A média de anos de utilização da BII foi 6,6 anos. Em T1 a média de HbA1c foi 7,7% e em T2 7,3%. Em T1 uma das doentes apresentava dislipidemia e as restantes não apresentava comorbilidades, complicações agudas ou internamentos. Em T2 estes parâmetros mantiveram-se inalterados.

Conclusão: Na nossa amostra a transição de BII para MAI resultou numa melhoria do controlo glicémico, sem impacto nos restantes parâmetros avaliados. Realça-se a importância de respeitar a decisão individual dos doentes, numa faixa etária em que a auto-imagem e a aceitação pelos pares é fundamental.



## **CO6. INCONGRUÊNCIA DE GÉNERO – EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO**

Joana Vieira de Melo 1,2; Joana Glória 1; Filipa Carmo 1; Carolina Peixe 1,3; Teresa Brito 1,4; Ana Raquel Henriques 1, Brígida Robalo 1, Carla Pereira 1; Lurdes Sampaio 1

1 Unidade de Endocrinologia, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Unidade Local de Saúde Santa Maria; 2 Serviço de Pediatria, Hospital José Joaquim Fernandes, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo; 3 Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, Unidade Local de Saúde Santa Maria; 4 Serviço de Pediatria, Hospital São Bernardo, Unidade Local de Saúde da Arrábida

Palavras-Chave: Incongruência de género; crianças; adolescentes

### **INTRODUÇÃO**

A incongruência de género (IG) define-se pela discordância entre identidade de género e sexo biológico, classificando-se como disforia de género quando associada a sofrimento clinicamente significativo.

### **MÉTODOS E OBJECTIVOS**

Análise retrospectiva, descritiva de jovens com IG seguidos em consulta de Endocrinologia Pediátrica num hospital nível III de julho/2017-janeiro/2024. Análise estatística de dados sociodemográficos, familiares e clínicos (SPSS®v28).

### **RESULTADOS**

Identificados 68 jovens, 43(63,2%) transgénero masculino. Idade mediana na primeira consulta de 16 anos (8-18). De 2017-2020 registaram-se 8 primeiras consultas e de 2021-2024, 60. A maioria (67,6%) foi referenciada pela Pedopsiquiatria. Mediana de seguimento de 11 meses (0-139), 32 jovens (47,1%) alteraram o nome no registo civil, 9(13,2%) realizaram preservação da fertilidade e 8(11,8%) transitaram para a consulta de adultos. Iniciada terapêutica médica em 39(57,4%), com mediana de tempo até ao início da terapêutica de 4 meses (0-49). Em relação à terapêutica médica reversível, 30(76,9%) iniciaram contraceptivos orais e 28(71,8%) bloqueadores pubertários (triptorrelina). Quanto à terapêutica médica parcialmente reversível, 29(74,4%) iniciaram terapêutica hormonal de afirmação de género com testosterona/estrogénios. 1 apresentou hiperprolactinemia como efeito acessório da terapêutica. 6(8,8%) realizaram terapêutica cirúrgica (mastectomia e cirurgia da voz). 32(47,1%) com psicopatologia com necessidade de farmacoterapia.

### **CONCLUSÕES**

De acordo com outras séries, o número de primeiras consultas por IC tem aumentado exponencialmente. A abordagem e seguimento destes jovens requer um trabalho multidisciplinar, estruturado e orientado por guidelines atualizadas, para prestar os cuidados mais adequados às suas necessidades.

## **CO7. SÍNDROME DA MORTE SÚBITA DO LACTENTE: SERÁ QUE OS PAIS SABEM COMO A PREVENIR?**

1-Maria Garrotes, 2-Madalena Malato, 3-Mariana Mixão, 4-Miguel Bhatt Ambaram, 4-Mariana Freire

1-Departamento da Criança, Hospital de Cascais Dr. José Almeida; 2-Serviço de Pediatria, Hospital de Vila Franca de Xira; 3-Serviço de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; 4-USF Alvalade, ULS Santa Maria

Palavras-chave: Síndrome Morte Súbita do Lactente; prevenção; sono

Introdução: A Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL) ocorre de forma súbita e inesperada em lactentes aparentemente saudáveis, sem causa identificada após investigação. Desde que o decúbito dorsal passou a ser a posição de dormir recomendada, a sua incidência diminuiu significativamente. Existem vários fatores de risco conhecidos e a prevenção é fundamental.

Objetivos: Avaliar o conhecimento e aplicação de medidas preventivas da SMSL pelos pais de lactentes seguidos em consulta numa USF tipo B.

Metodologia: Aplicação de um questionário a todos os pais de agosto a setembro de 2023.

Resultados: Foram incluídos 49 lactentes. A mediana da idade foi 97 dias e 6% dos lactentes foram prematuros. 14% dos pais tinha completado o ensino básico, 4% o ensino secundário e 76% tinha curso superior. Em 55% dos casos este foi o primeiro filho do casal. 88% dos pais já tinha ouvido falar da SMSL, a maioria na maternidade (41%) ou em consulta no centro saúde ou no pediatra (22%). Todos os pais adotavam pelo menos 1 medida preventiva da SMSL, mas apenas 4% cumpria todas as recomendações da Associação Americana de Pediatria. Relativamente à posição de dormir, 90% dos lactentes dormia em decúbito dorsal. As medidas menos adotadas foram a da ausência de elevação da cabeceira do berço, os



pés tocarem no fundo da cama e o uso de chupeta. Não encontramos relação entre a escolaridade dos pais e a adoção de medidas preventivas.

Conclusão: A maioria dos pais conhecia e adotava algumas medidas de prevenção da SMSL. No entanto, poucos adotavam todas as medidas recomendadas. Dada a importância destas recomendações, é essencial que os profissionais de saúde conheçam as normas atuais e transmitam essa informação aos cuidadores em todas as consultas.

#### **CO8. IMPACTO DA PANDEMIA COVID-19 NAS INFEÇÕES POR VÍRUS RESPIRATÓRIOS ABAIXO DOS 2 ANOS DE IDADE**

Mariana Nunes<sup>1</sup>, Marta Abreu Andrade<sup>1</sup>, Joana Nunes Pereira<sup>1</sup>, António Gama da Silva<sup>1</sup>, Carolina Constant<sup>2,3</sup>, Rosário Barreto<sup>4</sup>, J. Melo Cristiano<sup>4,5</sup>, Teresa Bandeira<sup>2,3</sup>

1 - Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, ULS Santa Maria; 2 – Unidade de Pneumologia Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, ULS Santa Maria; 3 – Clínica Universitária de Pediatria, FMUL; 4 – Laboratório de Microbiologia, Serviço de Patologia Clínica, ULS Santa Maria; 5 – Instituto de Microbiologia, FMUL

Palavras-chave: Infecção respiratória; vírus respiratórios; pandemia COVID-19

Introdução: As infeções respiratórias em crianças com idades inferiores a 2 anos são predominantemente de etiologia viral, com circulação sazonal. A pandemia COVID-19 (Março 2020 a Abril 2023) teve impacto na circulação viral, que ultrapassou a situação pandémica.

Objetivos: Descrever a frequência de internamentos por doenças respiratórias virais em crianças abaixo dos 2 anos durante a pandemia COVID-19.

Métodos: Revisão de processos clínicos de crianças com <2 anos internadas por infeções respiratórias, num hospital terciário, entre 1 de julho de 2021 a 30 de setembro de 2022. A identificação viral foi realizada por real-time reverse transcriptase PCR (RT-PCR) em amostras de secreções respiratórias.

Resultados: Nestes 15 meses foram identificados 256 casos, idade mediana 3,7 meses [min. 7 dias; máx. 2 anos]. Os sintomas mais frequentes foram rinorreia/coriza (91,4%; 234), tosse (87,1%; 223) e redução da ingesta (64,5%; 165). VSR e Rinovírus foram identificados em 59,4% (152) e 29,3% (75) internamentos, respetivamente. Em 26,6% (68) verificou-se coinfeção, a mais frequente VSR/rinovírus (8,6%; 22). O diagnóstico na alta mais frequente foi bronquiolite aguda em 72,3% (185). Em julho e agosto de 2021, foram identificados 19 e 11 VSR, respetivamente e em novembro de 2021, 29.

Conclusão: Este estudo confirma que a pandemia COVID-19 causou uma disrupção na sazonalidade dos vírus respiratórios, nomeadamente do VSR. No verão de 2021, esse aumento coincidiu com o levantamento das restrições adotadas. A vigilância epidemiológica dos vírus respiratórios em internamento permite detetar alterações da sazonalidade no sentido de organizar os serviços e avaliar o impacto de estratégias preventivas.

#### **CO9. OXIGENOTERAPIA DE BAIXO DÉBITO E ALTO FLUXO NA BRONQUIOLITE AGUDA: AUDITORIA À ATUAÇÃO CLÍNICA**

1- Brenda Maria Toro, 2- Carolina Ramos, 3- Inês Passos Coelho, 4- Débora Aroeira Mendes, 5- Adriana Costa, 6- Carolina Constant, 7- Ana Saianda, 8- Luísa Pereira, 9- Rosário Ferreira, 10- Teresa Bandeira

1,2,3,6,7,8,9,10- Unidade de Pneumologia Pediátrica (UPP), Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria. Clínica Universitária de Pediatria, FMUL. 4- Serviço de Pediatria, Unidade Local de Saúde do Médio Tejo. 5- Serviço de Pediatria, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Palavras-chave: Bronquiolite; oxigenoterapia; alto fluxo; pediatria

Introdução: O internamento por Bronquiolite Aguda (BA) associa-se a elevados custos e morbidade. Oxigenoterapia de alto fluxo (OAF) tem tido utilização crescente, com potencial impacto na duração de internamento e custos. Objetivos: Avaliar critérios de início e eficácia de OAF comparativamente a oxigenoterapia de baixo débito (OBD). Métodos: Revisão dos registos clínicos de crianças internadas por BA na UPP em 2023. Excluíram-se doentes com insuficiência respiratória crónica ou sem insuficiência respiratória. Comparou-se duração de internamento e admissão em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) em crianças com BA sob OAF versus OBD. Análise estatística com JASP®. Resultados: Em 12 meses incluíram-se 104 internamentos (100 crianças), 57% sexo masculino, idade média 3 meses (DP ± 4), 38% expostos a tabagismo ambiental, 18% ex-pretermo. Foram adaptados a OAF 39 (38%). A duração média



de internamento foi de 8 dias em doentes sob OAF e 6 nos restantes (p 0.003). Doentes sob OAF não tiveram menor admissão em UCI que doentes sob OBD. Fluxo máximo (F<sub>máx</sub>) de OAF foi <2L/Kg em 15%. Duração de internamento foi significativamente inferior em doentes com OAF com fluxo inicial(F<sub>i</sub>) ≥2L/Kg Vs <2L/Kg (7 e 9 dias respetivamente p 0.021); o mesmo foi verificado para o F<sub>máx</sub> (7 e 11 dias respetivamente, p 0.043). Não realizaram gasometria antes de OAF 10% dos casos; em 62% não existia registo médico de SpO<sub>2</sub> e frequências cardíaca e respiratória prévios. Conclusões: Doentes em OAF apresentaram internamentos mais prolongados que em OBD. Fluxos de OAF ≥2L/Kg associaram-se a internamentos mais curtos que fluxos <2L/Kg. Verificou-se ausência de registo de critérios para decisão. A utilização de OAF deve ser sistematizada, segundo critérios precisos.

#### **CO10. PREVALÊNCIA DE SINTOMATOLOGIA RESPIRATÓRIA EM CRIANÇAS INTERNADAS POR BRONQUIOLITE NO PRIMEIRO ANO DE VIDA**

1- Raquel Sampaio; 2- Marisa Vieira

Hospital de Santa Maria

Palavras-Chave: bronquiolite, Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos; Pneumologia; sintomas respiratórios

A relação entre bronquiolite infantil e sintomas respiratórios subsequentes já foi investigada, contudo, a associação com bronquiolite grave com necessidade de internamento em unidade de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) não foi explorada, sendo esse o foco deste estudo.

Estudo retrospectivo dos internamentos de lactentes com bronquiolite na UCIP ou na Unidade de Pneumologia Pediátrica (UPP) de um hospital terciário, entre 2008 e 2017. Por telefone, aplicou-se o “The International Study of Asthma and Allergies in Childhood questionnaire (ISAAC)”, validado para a população portuguesa.

Incluíram-se 106 doentes internados na UCIP e 257 na UPP, durante 5,5 e 5 dias, respetivamente. Na maioria isolou-se vírus sincicial respiratório. Comparativamente, os doentes da UCIP apresentavam idade mediana mais jovem (39d vs 142d), maior incidência de prematuridade (35% vs 19%), apneia (43% vs 9%), sobreinfecção bacteriana (67% vs 26%), maior uso de antibioterapia (93% vs 29%) e períodos mais longos de oxigenoterapia (6,5d vs 3,5d).

Observou-se que 42% dos lactentes internados na UCIP e 44% dos internados na UPP desenvolveram sintomas respiratórios: sibilância (34% vs 33%); tosse seca (13% vs 21%); sintomatologia no exercício físico (17% vs 20%). Diagnóstico de asma em 19% vs 17%; 28% vs 26% faziam terapêutica inalatória e 23% vs 28% tinham seguimento por pneumologia/ imunoalergologia.

Realça-se a elevada prevalência de sintomas respiratórios em crianças internadas por bronquiolite no primeiro ano de vida, que não parece ser afetada pela gravidade da doença, embora a dimensão das amostras possa ser um fator limitante. Os resultados deste estudo sugerem que as crianças nestas circunstâncias deverão ter seguimento em consulta de especialidade.

#### **CO11. OS DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DE UM RASTREIO NEONATAL PARA DOENÇA DAS CÉLULAS FALCIFORMES EM ANGOLA**

1-Catarina Ginete, 2-Mariana Delgadinho, 3- Baba P.D. Inusa, 4-Manuela Mendes, 5-Roberto Afonso, 6- Isabel Valentim, 7-Adriano Siatambo, 8-Jocelyne Neto Vasconcelos, 9-Miguel Brito

1,2,9-H&TRC, Escola Superior de Tecnologia da Saude de Lisboa, Lisbon, Portugal 3-St. Thomas' Hospital, London, GBR 4,5-Hospital Materno Infantil Dr Manuel Pedro Azancot de Menezes, Luanda, Angola 6,7,8-Centro de Investigação em Saúde de Angola, Caxito, Angola, Caxito, Angola

Palavras-Chave: Doença das Células Falciformes, Rastreio Neonatal

Introdução

A doença das células falciformes (DCF) é uma doença hereditária severa, com uma incidência especialmente elevada na África subsariana, sendo responsável por 50% da mortalidade em crianças com menos de 5 anos.

Objetivos



Implementação de um Rastreamento neonatal em Luanda para diagnóstico de DCF. Apoio no follow up dos pacientes e redução da taxa de mortalidade abaixo dos 5 anos.

#### Métodos

Implementação do Rastreamento Neonatal no Hospital Materno Infantil Dr. Manuel Pedro Azancot de Menezes, Luanda. Treino in loco dos profissionais de saúde. Deslocação de profissionais de Laboratório a Lisboa para formação na técnica de eletroforese de hemoglobinas por focagem isoelétrica (IFC) no equipamento Migele (adquirido com o apoio da Perkin Elmer e do projeto ARISE)

#### Resultados

O rastreio teve início em junho de 2023, após aprovação ética, com o treino da equipa de profissionais do hospital. Todas as crianças nascidas no Hospital ou que façam lá vacinação, e que os pais deem o seu consentimento informado, são incluídas no estudo. As amostras de sangue são colhidas por picada no calcanhar para papel de filtro, sendo enviadas para Lisboa para IFC. Todas as amostras identificadas como SS, são confirmadas por PCR-RFLP. Os resultados preliminares apontam para 1,4% de prevalência de SS e 19,5% de AS, estando o estudo ainda a decorrer. Até à data, já foram recebidos em Lisboa 11 técnicos para formação.

#### Conclusão

Este estudo vem corroborar as estimativas de elevada prevalência de DCF em Angola, demonstrando assim que a implementação de rastreios neonatais para o diagnóstico precoce destes pacientes é exequível e deve ser uma prioridade. O seguimento destes pacientes irá por certo impactar nas taxas de mortalidade e morbidade desta doença.

### **CO12. SÍNDROME HEMOLÍTICA-URÉMICA: CINCO CASOS EM 2 MESES - COINCIDÊNCIA OU CAUSALIDADE?**

1-António Gama da Silva<sup>1</sup>, 2-Diana Pereira<sup>1</sup>, 3-Zakhar Shchomak<sup>1</sup>, 4-Leonor Boto<sup>2,4</sup>, 5-Sara Costa<sup>3,4</sup>, 6-Ana Zagalo<sup>3,4</sup>, 7-Filipa Durão<sup>3,4</sup>, 8-Patricia Costa Reis<sup>3,4</sup>, 9-Ana Rita Sandes<sup>3,4</sup>, 10-José Esteves da Silva<sup>3,4</sup>

1 - Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Unidade Local de Saúde Santa Maria 2- Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Unidade Local de Saúde Santa Maria 3-Unidade de Nefrologia e Transplantação Renal Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Unidade Local de Saúde Santa Maria 4- Clínica Universitária de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

Palavras-chave: Síndrome Hemolítica-Urémica; Lesão renal aguda; Anemia hemolítica; Hemodiafiltração

#### Introdução

A síndrome hemolítica-urémica (SHU) é rara e define-se pela ocorrência de anemia hemolítica microangiopática, trombocitopénia e lesão renal aguda. A etiologia mais frequente na criança é por infeção a *Escherichia coli* produtora de Shiga toxina.

#### Objetivos

Análise descritiva dos doentes com SHU internados numa Unidade de Nefrologia Pediátrica, num período de dois meses.

#### Métodos

Consulta dos processos clínicos dos doentes com SHU de 15 de outubro a 15 de dezembro de 2023.

#### Resultados

Cinco doentes com SHU e diarreia neste período, idade mediana 3 anos [1-8 anos]. Tempo médio de internamento 16,2 dias (DP 3,5). Pesquisa do antígeno *E. coli* O157:H7 positiva em 2 doentes e de toxina Shiga em um. Coproculturas todas negativas. À admissão, taxa de filtração glomerular (TFG) média 17,4 mL/min/1,73m<sup>2</sup> (DP 9,1), hemoglobina média 9,5 g/dL (DP 2,8) com esquizócitos e plaquetas 23200/uL (DP 12812). Um doente teve envolvimento neurológico. Três doentes necessitaram de hemodiafiltração venovenosa contínua, média 7,3 dias (DP 4,7). Administrado eculizumab em 2 doentes. Os cinco doentes sobreviveram e normalizaram a sua TFG. Estudo do complemento normal em todos os doentes e aguardam estudo genético. Foi notificado o SINAVE e o Centro de Emergências em Saúde Pública.

#### Conclusões



Neste período, verificou-se um aumento na incidência de 25 vezes relativamente ao descrito na nossa Unidade de 1996 a 2020. Embora não se tenha identificado ligação epidemiológica entre os doentes, esta hipótese não pode ser excluída dado o pico de incidência tão elevado. Todos evoluíram favoravelmente a curto prazo. Foi necessária terapêutica de substituição renal em 60%, o que reflete a gravidade do quadro e se pode associar a sequelas a longo prazo.

### **PS1. QUALIDADE NA ADMINISTRAÇÃO DE SEDO-ANALGESIA EM PEDIATRIA - MEDICAMENTOS DE ALERTA MÁXIMO (MAM) EM CONTEXTO DE URGÊNCIA**

1- Ana Dias; 2 - Priscila Carreira

1- Enfermeira Especialista em Saúde Infantil no Serviço de Urgência de Pediatria, Unidade Local de Saúde Santa Maria - Hospital de Santa Maria 2 - Enfermeira Gestora do Serviço de Urgência de Pediatria, Unidade Local de Saúde de Santa Maria - Hospital de Santa Maria

Palavras-chave: Enfermagem, Qualidade dos Cuidados, Segurança Medicamentosa, Medicamentos de Alerta Máximo

Introdução: A causa primordial de danos evitáveis nos cuidados de saúde em todo o mundo correlaciona-se com a falta de práticas seguras na administração terapêutica. Reconhecendo a vulnerabilidade dos contextos de urgência na ocorrência de erros de medicação, pela complexidade de cuidados subjacentes, revela-se imperativa a definição de estratégias para a mitigação desta tipologia de erro.

Objetivo: Contribuir na implementação de práticas de qualidade na administração segura de medicamentos de alerta máximo, nomeadamente sedo-analgesia em contexto de urgência de pediatria.

Método: Estudo retrospectivo, através de análise de instrumento de dupla verificação, check-list com 9 itens. Aplicado aos Enfermeiros do Serviço de Urgência de Pediatria entre 01 de agosto de 2023 e 31 de dezembro de 2023.

Resultados: Realizou-se o preenchimento de 176 check-lists para os medicamentos midazolam, fentanil e cetamina, podendo constatar-se 174 prescrições destas terapêuticas.

No que concerne às falhas de registo da checklist apresenta-se uma maior expressão, no itens: registo informático (26,7%), hora (12,5%) e identificação, preparação e assinatura (7,95%).

Conclusão: No presente estudo, verificou-se uma décalage de 2 prescrições relativamente ao preenchimento da check-list, onde se conclui que a prescrição verbal de sedo-analgesia apresenta uma maior expressão, ainda que não seja significativa, do que a prescrição informática, preferencial nestas situações.

Não foram realizados registos de incidentes no período em estudo, o que nos leva a constatar a mais-valia da implementação deste instrumento, como estratégia de mitigação de erros na administração de MAM em contexto de urgência.

### **PS2. PROCEDIMENTO DE STAC NUM CASO DE HIPOSPÁDIAS ESCROTAL**

1-António Moreira, 2-Elizabete Vieira, 3-Rita Raminhos, 4-Diogo Cardoso

Serviço Cirurgia Pediátrica, Hospital de Santa Maria, CHULN

Palavras-chave: Hipospádias, ambiguidade genital, STAC

Introdução:

Hipospádias é uma anomalia congénita caracterizada por ectopia do meato uretral, defeito da pele ventral e curvatura peniana.

Apresenta um espectro de gravidade desde meato balânico com defeito da pele ventral até situações de meato escrotal com defeito da pele ventral, curvatura peniana e eventual transposição peno-escrotal.

Descrição Caso:

Gravidez bicorionica/biamniotica, com suspeita ecográfica às 29s de anomalia genital. Cesariana de emergência às 29s+3d por bradicardia fetal do 2º gêmeo.

Após nascimento abordagem multidisciplinar por endocrinologia, genética e cirurgia por suspeita de ambiguidade genital.

À observação apresentava tubérculo genital mediano com morfologia compatível com pénis, meato uretral escrotal, testículos nas bolsas e transposição peno-escrotal.



Ecografia abdominal, renal, vesical, pélvica e escrotal, sem alterações. FISH confirmou cariotipo 46XY. Por curvatura peniana de 110º realizado procedimento STAC (straighten and cover), em 3 tempos cirúrgicos.

Discussão:

Pelo impacto emocional e funcional que acarreta, recomenda-se a correção cirúrgica, com o objetivo de reconstruir um pénis estética e funcionalmente normal.

Sempre que se verifique curvatura peniana superior a 30º deve optar-se por cirurgia faseada.

A opção por dois ou três tempos cirúrgicos está dependente da possibilidade da placa uretral nativa recobrir as corporotomias realizadas para retificação peniana.

Pela dificuldade cirúrgica associada, casos de hipospadias proximais, devem ser referenciados a centros terciários, com equipas experientes.

No nosso caso foi necessária correção em três tempos com bom resultado estético, meato bem calibrado e tópico, sem curvatura peniana e com correção da transposição peno-escrotal.

### **PS3. PERTURBAÇÃO DO NEURODESENVOLVIMENTO ASSOCIADA AO GENE TCF20: UMA NOVA ENTIDADE COM FENÓTIPO SMITH-MAGENIS-LIKE**

1-Sara Pinho, 2-Patricia Dias, 3-João Nuno Carvalho, 4-Tiago Proença dos Santos, 5-Juliette Dupont

1.Serviço de Genética, Departamento de Pediatria, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Lisboa, Portugal; 2.Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva, Serviço de Pediatria, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal; 3.Unidade de Neuropediatria, Departamento de Pediatria, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Lisboa, Portugal.

Palavras-chave: TCF20; Síndrome de Smith-Magenis; Perturbação do Desenvolvimento Intelectual; Distúrbios do Neurodesenvolvimento

Introdução: Variantes patogénicas germinativas em genes que fazem parte da mesma via molecular ou derivam de um ancestral comum são responsáveis por síndromes com fenótipos sobreponíveis. O gene TCF20 é parólogo do RAI1, responsável pela síndrome de Smith-Magenis (SSM), e codifica uma proteína expressa durante o desenvolvimento do hipocampo e cerebelo.

Em 2019, foram identificadas as primeiras variantes inativadoras no gene TCF20 em indivíduos que apresentavam perturbação do desenvolvimento intelectual (PDI), perturbação do espectro do autismo, dismorfias faciais inespecíficas e manifestações neurológicas variadas. Os autores descrevem, num subgrupo de casos, um fenótipo Smith-Magenis-like.

Descrição dos casos: Apresentamos duas doentes do sexo feminino, com 11 e 14 anos, não relacionadas, com história familiar irrelevante. Ambas com diagnóstico de PDI, de gravidade variável, quadro neurológico com tremor de intenção, descoordenação motora, distonia e movimentos discinéticos, alterações do comportamento com impulsividade e compulsão alimentar, hipotonia e dismorfias faciais minor, características sobreponíveis à SSM.

A sequenciação do exoma identificou em ambas uma variante provavelmente patogénica, em heterozigotia, no gene TCF20: c.2224C>T, p.(Arg742\*) e c.4822C>T, p.(Gln1608\*).

Discussão: O gene TCF20 está associado a PDI Síndromica Não Específica (ORPHA #528084), cujo espectro clínico ainda não se encontra totalmente definido. A apresentação destes dois casos suporta a associação descrita na literatura entre variantes com perda de função no TCF20 e fenótipos SSM-like, devendo ser considerada no diagnóstico diferencial de doentes com suspeita clínica de SSM.

### **PS4. UM CASO ATÍPICO DA SÍNDROME DE ADAMS-OLIVER**

Catarina Macedo<sup>1</sup>, Marta P. Soares<sup>1</sup>, Joana Gil<sup>2</sup>, Alberto Berenguer<sup>2</sup>, Tiago P. Santos<sup>3</sup>, Filipa Jorge Teixeira<sup>4</sup>, Sandra Valente<sup>2</sup>, Mariana Soeiro e Sá<sup>1</sup>

1 - Serviço de Genética Médica, Departamento de Pediatria, Hospital Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria; 2 – Unidade de Neonatologia, Departamento de Pediatria, Hospital Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria; 3 – Unidade de Neuropediatria, Departamento de Pediatria, Hospital Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria; 4 – Serviço de Oftalmologia, Hospital Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria

Palavras-chave: Síndrome de Adams-Oliver, DOCK6, vasculopatia, SNC



**Introdução:** A Síndrome de Adams Oliver (SAO) associa-se, classicamente, a aplasia cútis congênita e defeitos de redução transversos dos membros, tratando-se de um diagnóstico clínico quando ambos presentes. Quando associada a variantes patogénicas no gene *DOCK6* segue uma hereditariedade autossómica recessiva, com maior incidência de manifestações neurológicas, oftalmológicas e cardíacas. **Descrição do caso:** Filha de casal não consanguíneo, com diagnóstico pré-natal de restrição do crescimento fetal, microcefalia e calcificações do sistema nervoso central (SNC) periventriculares, confirmadas em pós-natal. Parto por cesariana às 37 semanas e 3 dias. Evoluiu com atraso global do desenvolvimento e hemiparesia. A avaliação oftalmológica revelou uma vitreoretinopatia vascular. O exame anatomopatológico placentar revelou vilosidades coriônicas com morfologia anómala. A pesquisa de CMV na urina e o arrayCGH foram negativos. A análise WES identificou duas variantes patogénicas no gene *DOCK6*, em heterozigotia composta após estudo dos progenitores, compatível com o diagnóstico de SAO.

**Discussão:** Trata-se de um caso raro de SAO sem as manifestações mais típicas, ilustrando a variabilidade fenotípica associada a variantes patogénicas em *DOCK6* e o seu papel importante no SNC. Embora as alterações retinianas tenham sido inicialmente atribuídas a retinopatia da prematuridade e as calcificações do SNC tenham levantado suspeita de causa infecciosa, ambas são enquadráveis na vasculopatia associada ao SAO. O diagnóstico genético permitiu a orientação clínica (indicação para vigilância cardíaca por risco de hipertensão pulmonar) e aconselhamento genético (risco de 25% de recorrência em futuras gestações do casal) com discussão de opções reprodutivas.

#### **PS5. A BACTERIOLOGIA INTRAPERITONEAL E A RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA NA APENDICITE AGUDA PEDIÁTRICA: UMA ANÁLISE RETROSPETIVA ENTRE 2017-2023**

1-Ana G. Magalhães, 2-António Moreira, 3-Rita Raminhos, 4-Vânia Oliveira, 5-Diogo Cardoso, 6-Elizabete Vieira, 7-Ana Paula Martins, 8-José Gonçalo, 9-Miroslava Gonçalves

1-9: Serviço de Cirurgia Pediátrica, Unidade Local de Saúde de Santa Maria

**Palavras-chave:** Apendicite, resistência antibioterapia, pediatria

**Introdução e Objetivos:** A Apendicite Aguda (AA) representa a emergência cirúrgica mais prevalente em idade Pediátrica. Aproximadamente 30% são diagnosticadas no estado avançado da doença, apendicite aguda complicada (perfurada e/ou com abscesso e/ou com peritonite generalizada), aumentando o risco de complicações pós-operatórias. Este estudo pretende avaliar a microbiologia isolada nas apendicites agudas complicadas, bem como o seu perfil de resistência, incidência de complicações pós-operatórias e a sua relação

**Metodologia:** Realizou-se um estudo retrospectivo entre 01 de janeiro 2017 a 31 de dezembro de 2023, englobando pacientes com idades inferiores a 18 anos com AA. Foram analisados os registos clínicos, resultados microbiológicos, esquema terapêutico e complicações.

**Resultados:** Foram operados 1089 pacientes, com AA, sendo 388 AA complicadas (31%). Obtiveram-se culturas positivas em 239 doentes, sendo a *Escherichia coli* n=188 (79%) e o grupo dos *Bacteroides* n=136 (58%) os mais comuns. Destaca-se também o isolamento de *Pseudomonas aeruginosa* (20%), e de agentes produtores de beta-lactamases espectro alargado como (*E. coli* e *Klebsiella faecalis*). Não se verificou associação entre a incidência de complicações pós-operatórias e a presença de resistência a antibioterapia iniciada. Embora a resistência da *E. coli* a ampicilina seja de 53%, não se verificou associação a maior taxa de complicação. A presença de resistência esteve associada a um aumento do tempo de internamento.

**Conclusão:** Os agentes isolados na nossa instituição estão de acordo com a literatura descrita, realçando-se, no entanto, a crescente incidência de agentes resistentes nomeadamente a *Pseudomonas aeruginosa* e *E. coli* resistente a ampicilina.

#### **PS6. INVAGINAÇÃO INTESTINAL, COMPLICAÇÃO DE UMA PATOLOGIA POUCO FREQUENTE. ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR**

1-Diogo Cardoso, 2-António Moreira, 3-Patrícia Reis, 4-Maria João Palaré, 5-Miroslava Gonçalves

1,2,5- Cirurgia Pediátrica, Hospital de Santa Maria; 3- Nefrologia Pediátrica, Hospital de Santa Maria 4- Hematologia Pediátrica, Hospital de Santa Maria



Palavras-chave: Dor abdominal, Vasculite IgA, Invaginação Intestinal

Introdução: A dor abdominal, sintoma ubíquo nas vindas à urgência em idade pediátrica, apresenta uma miríade de diagnósticos diferenciais a ponderar. Um destes, a invaginação intestinal (II) tornou-se relevante no seguinte caso clínico.

Descrição do caso clínico: Criança de 7 anos, sexo masculino sem antecedentes pessoais de relevo inicialmente é diagnosticada com adenite mesentérica no Hospital de origem. Uma semana depois, por manutenção das dores abdominais, associado a anorexia, prostração, artralhas e petéquias dos membros inferiores, recorreu novamente ao hospital. Realizou ecografia abdominal que identificou II ileocecólica. Foi transferido para o Hospital de Santa Maria e submetido a cirurgia, identificando-se sinais inflamatórios e áreas de sofrimento vasculares, compatíveis com o diagnóstico. Realizou-se apendicectomia e ileocecopexia.

No 9 dia pós-operatório apresentou edema e eritema da hemiface esquerda, associados a hipertensão arterial, e 24h depois surge eritema do escroto. Após discussão com Hematologia e Nefrologia Pediátrica, foi assumido o diagnóstico de Vasculite IgA (VlgA) e iniciou corticoterapia, com melhoria do quadro clínico. Discussão: A VlgA é a forma mais comum de vasculites sistémicas na idade infantil, caracterizada pela deposição de complexos de IgA nas paredes dos pequenos vasos sanguíneos. A II é uma complicação gastrointestinal a considerar na VlgA, e é causada pelo edema e hemorragia submucosa. A identificação de um ponto de partida patológico nos casos de II, é de 4-8%. O tratamento pode ser médico ou cirúrgico, dependendo da estabilidade do doente.

#### **PS7. PANCREATITE AGUDA LITIÁSICA-10 ANOS DE EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO TERCIÁRIO**

1-Vânia Oliveira; 2-Rita Raminhos; 3-António Moreira; 4-Elizabeth Vieira; 5-Miroslava Gonçalves

Cirurgia Pediátrica, Unidade Local Saúde Santa Maria

Palavras-chave: Pancreatite Aguda Litiásica; Necrose Pancreática; Trombose Venosa;

Introdução: A Pancreatite Aguda (PA), é uma patologia grave, rara na infância, com incidência crescente. A etiologia é diversa, sendo a litíase biliar responsável por 11% dos casos. Dos fatores de risco destacam-se a doença hemolítica crónica (DHC) e obesidade. Objetivos: Estudar e descrever a Pancreatite Aguda como complicação da Litíase Vesicular (LV) e a taxa de complicações sistémicas e locais

Métodos: Análise retrospectiva/descritiva, com o diagnóstico de LV, entre Janeiro 2013 a Dezembro de 2023. A Pancreatite foi classificada em leve, moderada e grave. As complicações foram definidas em precoces, intermédias e tardias. E foi analisada a evolução, complicações, recorrência e morte.

Resultados: 90 pacientes com LV, 53% do sexo feminino, com uma média de 12 anos, 27% com DHC, 16% com obesidade e 8% com D. metabólica. A Pancreatite ocorreu em 19% dos casos, com tempo médio de internamento de 14 dias. Quanto aos fatores de risco, 20% dos doentes apresentavam obesidade. Não se verificou episódios nos PA, doentes hematológicos. Na admissão, 100% se apresentaram como PA ligeira. Verificou-se 35% de complicações, sendo 29% (intermédias) com necrose pancreática e pseudoquisto, e 12% (tardias), com trombose da veia esplénica. A taxa de recorrência, 35%, e 0% mortalidade.

Conclusão: O aumento da incidência de pancreatite infantil foi no nosso estudo, devido à epidemia de obesidade. A diminuição das complicações hematológicas sugere, eficácia da colecistectomia preventiva. O diagnóstico precoce, é crucial.

#### **PS8. PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION AND THE RELEVANCE OF PAEDIATRIC PALLIATIVE CARE IN EARLY LIFE**

1-Joana Vasconcelos; 2-António Gama da Silva; 3-Diana Pereira; 4-Catarina Salgado; 5-Ana Sousa; 6-Ana Saianda; 7-Rosário Ferreira; 8-Mónica Rebelo; 9-Maria João Palaré

1,2,3,4,6,7,9 - Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Unidade Local de Saúde Santa Maria; 4,9-Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Unidade Local de Saúde Santa Maria; 5,8- Serviço de Cardiologia Pediátrica, Departamento de Pediatria, Unidade Local de Saúde Santa Maria; 6,7- Unidade de Pneumologia Pediátrica, Departamento de Pediatria, Unidade Local de Saúde Santa Maria

Palavras-chave: Pulmonary arterial hypertension; pediatric palliative care; care articulation



**Introduction:** Pulmonary arterial hypertension (PAH) is characterized by an increased pulmonary artery pressure which can lead to an increased right ventricle workload. PAH has significant impact on patients and families' health-related quality of life, in addition to an increased morbidity and mortality. Its management is challenging and should involve a multidisciplinary team. The integration of pediatric palliative care helps to give a holistic care throughout the children's life.

We report the experience of a tertiary in-hospital paediatric palliative care support team (IHPPCST), in the medical care provided to four patients with PAH.

**Description:** We present four patients referred to the IHPPCST, aged 6 months to 3 years at referral, with severe PAH, all children belonging to the third palliative care category. The referral to the team aimed: care articulation in all, symptom control, social support, home care and disease prognosis discussion in 3 and advanced care plan discussion in 2. All four patients had respiratory failure, requiring supplemental oxygen and two requiring sleep Continuous Positive Airway Pressure. Two patients needed feeding devices. One of the patients died. The other three are stable.

**Discussion:** According to recent research, there have been many obstacles to palliative care involvement in PAH, despite the obvious potential benefits of involving a team with expertise in managing patients and families' expectations, integration with community-based teams and discussing advance care and disease prognosis. We intend to discuss the clinical and practical benefits of early inclusion of a palliative team in these patients' management.

#### **PS9. GASTROENTERITE AGUDA BACTERIANA NA URGÊNCIA DE PEDIATRIA DE UM CENTRO TERCIÁRIO: ESTUDO DESCRITIVO**

1- Rita Campos; 2- Joana Nunes Pereira; 3- Sara Fonseca; 4- Erica Torres; 5- Pedro Sá Cabral; 6- Dinah Carvalho; 7- J. Melo Cristino; 8- Sara Azevedo

Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, ULS Santa Maria (1, 2, 3, 4, 8); Equipa Fixa da Urgência de Pediatria, Departamento de Pediatria, ULS Santa Maria (3, 4); Unidade de Gastroenterologia Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, ULS Santa Maria (8); Laboratório de Microbiologia, Serviço de Patologia Clínica, ULS Santa Maria (5, 6, 7); Instituto de Microbiologia, FMUL (7)

**Palavras-chave:** Diarreia aguda, Coproculturas, *Campylobacter jejuni*, *Salmonella* spp.

##### **Introdução**

As infeções gastrointestinais bacterianas têm um enorme impacto na saúde humana, particularmente na população pediátrica. Os agentes bacterianos mais frequentes são o *Campylobacter jejuni* e a *Salmonella* spp. A antibioticoterapia dirigida é indicada apenas em situações particulares, de acordo com as recomendações atuais.

##### **Objectivos**

Caracterização dos casos de gastroenterite aguda bacteriana admitidos na Urgência de Pediatria (UP) durante um ano, com agente microbiológico identificado.

##### **Métodos**

Estudo retrospectivo e descritivo, entre janeiro e dezembro de 2023 (12 meses) com análise estatística de variáveis etiológicas, demográficas, clínicas, orientação terapêutica e evolução.

##### **Resultados**

Foi realizada investigação etiológica bacteriana em 356 doentes observados na UP. Foram identificados 57 casos positivos (16%). *Campylobacter jejuni* foi o agente mais isolado (32; 56%). Janeiro e Outubro foram os meses com mais isolamentos. A mediana das idades foi de 2 anos, tendo sido mais prevalente no sexo masculino (38; 67%). Os sintomas apresentados foram diarreia sanguinolenta (75%), febre (72%), dor abdominal (63%) e vômitos (28%). Em 13 (23%) casos foi possível aferir um contexto epidemiológico associado. Foi instituída antibioticoterapia dirigida em 7 (12%) casos. Houve complicações associadas em 15 (26%) casos, com tratamento de suporte em internamento. A evolução foi favorável em todos os casos.

##### **Conclusões**

A percentagem de bactérias patogénicas identificadas está de acordo com a literatura, sendo o *Campylobacter jejuni* o agente mais frequente. Na amostra estudada, a maioria não necessitou de



internamento ou antibioticoterapia dirigida. A identificação dos agentes bacterianos tem relevância no controlo epidemiológico da doença.

#### **PS10. IMPACTO DOS PARASITAS INTESTINAIS NO MICROBIOMA DE CRIANÇAS ANGOLANAS COM ANEMIA FALCIFORME**

1- Mariana Delgadinho; 1- Catarina Ginete; 2- Brígida Santos; 2- Jocelyne Vasconcelos; 1- Miguel Brito  
1- H&TRC- Health & Technology Research Center, ESTeSL- Escola Superior de Tecnologia da Saúde, Instituto Politécnico de Lisboa, Portugal; 2- Centro de Investigação em Saúde de Angola (CISA), Bengo, Angola

Palavras-chave: parasitas; anemia falciforme; microbioma; Angola

As infeções parasitárias são mais prevalentes em regiões tropicais e zonas com condições sanitárias e de higiene precárias, sendo responsáveis por taxas de morbidade e mortalidade consideráveis no mundo, principalmente em indivíduos imunocomprometidos e crianças. Estudos demonstraram que tanto helmintas como protozoários têm a capacidade de afetar o microbioma intestinal. Por outro lado, a presença de certas comunidades bacterianas pode influenciar o ciclo de vida de diversos parasitas.

O objetivo principal deste trabalho foi perceber o impacto das parasitoses no microbioma intestinal e como esta infeções estariam a afetar o sistema imunológico de crianças com anemia falciforme (AF). Um total de 113 amostras foram colhidas, o microbioma intestinal analisado por sequenciação 16S e o PCR em tempo real utilizado para a deteção de 8 parasitas intestinais.

Neste estudo, quase metade das crianças (49.6%) apresentava pelo menos um tipo de parasitose intestinal, e dessas, 46.4% tinham uma coinfeção. Os parasitas mais prevalentes na nossa população foram a *Giardia intestinalis* e *Ascaris lumbricoides*, sendo também os mais comuns nas crianças provenientes da zona rural do Bengo. As crianças com AF e ascaridíase apresentaram níveis de leucócitos e neutrófilos mais elevados e hemoglobina total mais reduzida. Relativamente ao microbioma intestinal, crianças com parasitoses tinham uma menor prevalência de várias bactérias consideradas benéficas, tais como: *Lactobacillus*, *Bifidobacterium* e *Bacteroides uniformis*.

Os pacientes com AF infetados com parasitas tendem a ter uma anemia mais severa, portanto é fundamental implementar medidas preventivas e de diagnóstico, de forma a evitar ou tratar a infeção assim que detetada.

#### **PS11. CONVULSÕES COM FEBRE ASSOCIADAS A GASTROENTERITE AGUDA POR CAMPYLOBACTER JEJUNI**

1 - Margarida Ramalho; 2 - Madalena Ferreira; 3 - Nuzhat Abdurrachid; 4 - Tiago Proença dos Santos; 5 - Filipa Prata; 6 - Ana Mouzinho

1 - Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Hospital de Santa Maria; 2 - Unidade Funcional de Pediatria, Hospital de Cascais Dr. José de Almeida; 3 - Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Hospital de Santa Maria; 4 - Unidade de Neuropediatria, Departamento de Pediatria, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Hospital de Santa Maria; 5, 6 - Unidade de Infeciologia e Imunodeficiências, Departamento de Pediatria, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Hospital de Santa Maria; 4, 5, 6 - Clínica Universitária de Pediatria, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Palavras-chave: Gastroenterite; Convulsões; *Campylobacter jejuni*.

*Campylobacter jejuni* é um dos agentes mais comuns de gastroenterite bacteriana e pode evoluir com manifestações extra-intestinais.

Criança de 19 meses, sexo feminino, observada no serviço de urgência por segundo episódio de alteração do estado de consciência no mesmo dia, caracterizado por olhar vago, movimentos tónico-clónicos, sialorreia e reversão ocular, com cerca de um minuto de duração e com sonolência no período pós-crítico. Apresentava há alguns dias rinorreia anterior e nesse dia iniciou dejeções diarreicas, sem sangue ou muco. Objetivamente encontrava-se febril, irritável, com clonias da boca e língua. Exames complementares: tomografia computadorizada crânio-encefálica e exame citoquímico do líquido sem alterações; proteína-C-reativa elevada; pesquisa de vírus nas fezes negativa. Iniciou terapêutica endovenosa com ceftriaxone e aciclovir. Durante o internamento: eletroencefalograma sem atividade epilética, exame cultural do líquido negativo e coprocultura com isolamento de *Campylobacter jejuni*. A doente teve alta ao quarto dia de internamento, clinicamente bem, sem terapêutica. As manifestações neurológicas podem surgir



associadas a infeção por *Campylobacter jejuni*. O nosso caso apresentou-se com convulsões associadas a febre, tendo sido colocada a hipótese de encefalite, que não se confirmou após os exames realizados. Aquando do conhecimento do resultado da coprocultura, a doente já se encontrava assintomática, pelo que não foi instituída antibioticoterapia complementar.

### **PS12. “BURN-COCKTAIL” – TERAPÊUTICA PARA LESÃO POR INALAÇÃO DE FUMO**

Maria Bandeira Duarte<sup>1,2</sup>, Celina Couto<sup>1,2</sup>, Catarina Duarte<sup>1</sup>, Mariana Miranda<sup>1</sup>, Francisco Abecasis<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Departamento de Pediatria, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Lisboa; <sup>2</sup>Serviço de Pediatria, Hospital de Santarém

Palavras-chave:

Queimadura, inalação de fumo, obstrução via aérea, “burn-cocktail”

Introdução

A inalação de fumo pode causar lesões graves na via aérea, parênquima pulmonar e toxicidade sistémica, por inalação de gases tóxicos, partículas e vapores a elevadas temperaturas. Os sintomas de lesão da via aérea podem não ser aparentes numa fase inicial. Trata-se de uma importante causa de morte em contexto de incêndio.

Descrição do Caso

Rapaz, 7 anos, saudável, vítima de incêndio numa ilha sem acesso a cuidados intensivos, admitido no hospital com queimadura de 2º grau no pavilhão auricular e progressivo agravamento de dificuldade respiratória com tiragem global, estridor e disфонia. Iniciou oxigénio suplementar, corticoide e broncodilatadores. À observação por ORL apresentava fuligem nas cordas vocais, traqueia e estenose subglótica significativa. Decidida intubação traqueal por obstrução da via aérea superior e insuficiência respiratória global e evacuação por aeronave para uma UCIP. A broncofibroscopia evidenciou edema e hiperemia da mucosa com fuligem até à árvore brônquica distal, lesão moderada, tendo sido realizada toilette brônquica com aspiração de fuligem. Iniciou antibioticoterapia e nebulização com ‘burn-cocktail’ (N-acetilcisteína e heparina nebulizados). Realizada cinesioterapia diária com saída de abundantes secreções com fuligem com melhoria progressiva a partir do segundo dia. Manteve-se ventilado durante 5 dias. Transferido para a enfermaria após 6 dias, sem hipoxemia ou dificuldade respiratória.

Discussão

A toilette brônquica é essencial na abordagem da queimadura por inalação de fumo, podendo ser atingida com combinação de métodos mecânicos (broncoscopia terapêutica, aspiração de secreções, cinesioterapia) e farmacológicos (mucolíticos e anticoagulantes em aerossol). A broncoscopia tem um papel fundamental quer na avaliação da gravidade, quer na terapêutica.

### **PS13. GRANULOMA ASSÉPTICO FACIAL IDIOPÁTICO**

1 - Gonçalo Passos Croca, 1 - Catarina Mendonça, 1 - Joana Pereira, 1 - Maria Inês Brito, 1 - Catarina Gomes  
1 - Centro Hospitalar do Oeste – Unidade de Caldas da Rainha

Palavras-chave

Granuloma, Nódulos

Introdução

O granuloma idiopático asséptico da face é uma condição rara e benigna da infância que se caracteriza pela presença de nódulos eritemato-violáceos indolores na face, entre os 8 meses e os 13 anos. O diagnóstico é essencialmente clínico, sendo que o principal diagnóstico diferencial são os tumores benignos da face. Apresenta uma evolução benigna e resolução espontânea, embora o tratamento com antibióticos tópicos se tenha revelado eficaz num pequeno número de casos.

Caso Clínico

Criança de 6 anos, sexo masculino, previamente saudável, dirigiu-se ao serviço de urgência por múltiplas lesões nodulares eritemato-violáceas na face com 1 ano de evolução. Sem história de trauma, picada, febre ou qualquer outra sintomatologia. Encaminhado para consulta de Dermatologia, foi medicado com metronidazol oral e clindamicina tópica que manteve durante 6 meses, sem melhoria aparente. Perante manutenção das lesões alterada terapêutica para metronidazol tópico e isotretinoína sem evidência de



melhoria após 6 meses, tendo reiniciado clindamicina tópica. Um ano após a primeira consulta verifica-se regressão das lesões com apenas um nódulo presente. Alta após 18 meses com regressão completa das lesões, sem cicatrizes remanescentes.

#### Conclusão

Este caso clínico pretende chamar atenção para uma entidade rara em Pediatria que apresenta uma evolução benigna, sem necessidade de terapêutica dirigida. O elevado nível de suspeição clínica é essencial para o correto diagnóstico e orientação, evitando assim procedimentos desnecessários.

### **PS14. INTERNAMENTOS POR VARICELA – CASUÍSTICA DE UM HOSPITAL DE NÍVEL II**

1-Raquel Oliveira, 2-Rita Carvalho, 3-Joana Cachão

Serviço de Pediatria, Hospital de São Bernardo, Setúbal

Palavras-chave: Varicela, Complicações, Vacina

#### Introdução

A varicela é uma das doenças transmissíveis mais comuns na infância, causada pelo vírus varicela zoster. Embora considerada benigna e autolimitada, pode cursar com complicações em alguns casos. Este trabalho teve como objetivo caracterizar os internamentos por varicela e as suas complicações.

#### Métodos

Estudo retrospectivo realizado a partir da consulta dos processos informatizados dos doentes internados por varicela no Serviço de Pediatria de um hospital de nível II, entre janeiro de 2013 e dezembro de 2023.

#### Resultados

No período analisado foram internadas 40 crianças, saudáveis, com o diagnóstico de varicela. A mediana de idade dos casos foi de 4 anos. Verificou-se um predomínio de internamentos na Primavera e Verão. 32 crianças foram internadas por varicela complicada, 3 por febre elevada e de difícil controlo e 5 pelo risco de desenvolverem varicela grave. A sobreinfecção bacteriana cutânea foi a complicação mais frequente. Seguiram-se as complicações neurológicas, respiratórias e osteoarticulares. 27 crianças realizaram terapêutica com aciclovir. A duração média de internamento foi de 5,3 dias. Foi transferida uma criança para um hospital terciário por fascíte necrotizante. Todas as crianças apresentaram evolução clínica favorável, sem outras complicações e sem sequelas. Nenhuma das crianças internadas tinha sido vacinada com a vacina antivírus varicela-zoster.

#### Conclusão

Verificou-se que os dados demográficos da população estudada foram concordantes com os descritos na literatura. A complicação mais frequente foi a sobreinfecção bacteriana cutânea. A vacina da varicela é apenas recomendada a grupos de risco, tendo-se verificado que nenhuma das crianças internadas pertencia a estes grupos.

### **PS15. UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA DA VASCULITE IGA EM CRIANÇAS**

Mariana Nunes<sup>1</sup>; Sofia Cochito Sousa<sup>1</sup>; Miguel Bernardo<sup>1</sup>; Bárbara Matos Aguas<sup>1</sup>

Unidade de Pediatria Geral, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, ULS Santa Maria

Palavras-chave: púrpura, Vasculite IgA

#### Introdução

A vasculite IgA (púrpura Henoch- Schönlein) é a vasculite sistémica mais comum em idade pediátrica, caracterizando-se pela tetrade clássica de púrpura palpável, dor abdominal, envolvimento articular e renal. Em 15-35% dos casos as manifestações gastrointestinais (GI) precedem o exantema purpúrico, o que pode conduzir a um atraso diagnóstico.

#### Descrição do caso

Criança de 7 anos, sexo feminino, com perturbação do espectro do autismo, internada por vómitos incoercíveis e dor abdominal peri-umbilical tipo cólica com 2 dias de evolução. À admissão, apresentava-se com bom estado geral, nauseada e hipertensa (PA 115/78 mmHg). Avaliação laboratorial sem alterações relevantes.

Em D7 de doença, aparecimento de angioedema parietal doloroso seguido de angioedema periorbitário bilateral importante e em D8 exantema purpúrico nos membros inferiores.



Em D13 de doença por manutenção de dor abdominal intensa e incapacitante associada a hematoquezias iniciou-se corticoterapia (CT) oral, após realização de biópsia cutânea. Isolamento de *Salmonella* spp. nas fezes. Verificou-se melhoria clínica rápida após o início da CT sistêmica, mantendo, contudo, perfil de pressão arterial elevado, tendo tido alta encaminhada para a consulta externa. A biópsia confirmou o diagnóstico de vasculite IgA. Um mês após o início da doença, detetada hematúria microscópica e proteinúria significativa.

#### Discussão

Descreve-se um caso de vasculite IgA atípica com envolvimento GI grave e angioedema que precederam o aparecimento do exantema, o que levantou dúvidas diagnósticas. A realização de biópsia cutânea é útil para confirmação do diagnóstico em apresentações atípicas. O seguimento após o episódio agudo é fundamental pela possibilidade de aparecimento de envolvimento renal tardio.

#### **PS16. SINDROME ESPLÉNICO ASSOCIADO A ALTITUDE**

1 - Beatriz Henriques, 2- Rita Martins, 3 - Ana Ventura, 4- Teresa Ferreira

Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, ULS Amadora Sintra

Palavras-chave: Enfarte esplénico, traço falciforme, altitude

Introdução: O traço falciforme é uma condição benigna, no entanto estão descritas raras complicações, existindo fatores precipitantes bem estudados.

Descrição do caso:

Sexo masculino, 7 anos, natural de Portugal. Portador de hemoglobina S (HbS 40%), previamente saudável, sem antecedentes familiares relevantes.

Observado no Serviço de Urgência por dor abdominal de agravamento progressivo com 3 dias de evolução, com irradiação para o ombro esquerdo, associada a anorexia e um episódio de vômito. O quadro teve início subitamente durante uma viagem à Serra da Estrela, enquanto subia em altitude, sem esforço físico associado. Negava trauma, febre, alterações do trânsito intestinal ou infeções recentes.

À admissão apresentava-se queixoso, pálido, hidratado, com abdómen timpanizado e dor difusa à palpação, com sinais de irritação peritoneal.

Analicamente apresentava: Hb 11,2 g/dl, VGM 76.7 fL, leucócitos 11.800 uL com fórmula equilibrada, plaquetas 314.000 uL, AST 49 U/L, ALT 75 U/L, bilirrubina total 0.62 mg/dl, PCR 1.5mg/dL. A ecografia abdominal mostrava baço de dimensões ligeiramente aumentadas, com área periférica triangular (28 mm de maior eixo), sem fluxo vascular, sugestiva de enfarte. Internado para hidratação e controlo algíco, com resolução rápida dos sintomas. Da investigação etiológica apurou-se infeção aguda/recente assintomática a EBV ( IgG EBNA -, IgG VCA +, IgM VCA+).

Discussão: O enfarte esplénico pode ocorrer nestes pacientes, associado a altitudes elevadas. A infeção recente a EBV pode também ter contribuído para esta situação. O diagnóstico do estado de portador é importante, tanto para aconselhamento genético pré-concepcional, como para evicção de fatores de risco.

#### **PS17. HIPOFOSFATÉMIA LIGADA AO CROMOSSOMA X: EVOLUÇÃO CLÍNICA DE UMA CRIANÇA MEDICADA COM BUROSUMAB**

1- Isabel Moitinho de Almeida, 2- Patrícia Costa Reis, 3- José Esteves da Silva

1,2,3- Unidade de Nefrologia e Transplantação Renal Pediátrica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, ULS Santa Maria, Lisboa, Portugal. 2,3- Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Palavras-chave: Hipofosfatémia ligada ao X, FGF23, Burosumab

INTRODUÇÃO: A Hipofosfatémia ligada ao cromossoma X (XLH) é causada por mutações com perda de função no gene PHEX, que se associam a aumento do FGF23. Este bloqueia a síntese de 1,25-dihidroxicolecalciferol e inibe a reabsorção renal de fosfato, levando a hiperfosfatúria e, conseqüente, hipofosfatémia. Baixa estatura, deformidades dos membros inferiores, alterações dentárias e dor crónica são manifestações frequentes desta doença. A sua raridade e a variabilidade do fenótipo contribuem para o frequente atraso no diagnóstico.



**DESCRIÇÃO DO CASO:** Criança, sexo feminino, com deformidade em varo dos membros inferiores detectada no segundo ano de vida. Identificou-se hipofosfatemia e valores normais de cálcio, vitamina D e hormona paratiroideia. Foi diagnosticada com XLH, com identificação de mutação de novo no gene PHEX. Iniciou tratamento com fósforo e vitamina D, o que levou a diarreia, nefrocalcinose medular e hiperparatiroidismo secundário. Aos 4 anos suspendeu este tratamento e iniciou burosumab (20mg-1mg/Kg; quinzenal), um anticorpo monoclonal que se liga ao FGF23. Verificou-se uma normalização dos níveis séricos de fosfato e da hormona paratiroideia e uma diminuição da fosfatase alcalina. Apesar de assintomática, realizou ressonância magnética crânio-encefálica na qual se detectou malformação de Arnold-Chiari tipo I com hidrocefalia supratentorial, que motivou a realização de ventriculostomia. Atualmente, com 6 anos, houve uma melhoria completa das deformidades dos membros inferiores e tem uma normal estatura e velocidade de crescimento.

**DISCUSSÃO:** Com a descrição desta doente pretendemos enfatizar a importância do diagnóstico da XLH e as várias opções terapêuticas atualmente existentes.

#### **PS18. ALOPECIA AREATA OFIÁSICA- UM CASO DE SUCESSO COM UPADACITNIB EM IDADE PEDIÁTRICA**

1-Inês Monteiro, 2-Hugo Leme, 3-António Silva, 4-José Ramos, 5-Rita Pimenta

1- Serviço de Pediatria, ULS Almada-Seixal; 2,3,4,5- Serviço de Dermatologia, ULS Almada-Seixal

Palavras-chave: Alopecia areata; Upadacitinib; inibidores JAK

Introdução:

A alopecia areata (AA) é uma forma de alopecia não cicatricial de etiologia autoimune e com impacto na qualidade de vida. Até à data, as opções terapêuticas na AA, especialmente na população pediátrica, eram limitadas a corticoterapia tópica, intra-lesional (IL) e sistémica e imunossuppressores convencionais. Pelo papel relevante da via Janus Kinase (JAK) na fisiopatologia da AA, nomeadamente na ativação de linfócitos T contra o folículo piloso, os inibidores da JAK têm-se evidenciado como terapêuticas promissoras nesta doença.

Descrição do caso:

Adolescente de 12 anos, do sexo feminino, saudável e sem antecedentes familiares de relevo, com AA ofiásica com 8 anos de evolução, em seguimento na consulta de Dermatologia Pediátrica. Previamente tratada com Deflazacorte e com Minoxidil 2% e Clobetasol tópicos, e posteriormente Metotrexato e injeções IL de corticóide. Aos 12 anos iniciou Upadacitinib com boa resposta e com repovoamento completo na reavaliação clínica aos 3 e 6 meses e sem efeitos adversos registados.

Discussão:

Demonstra-se o caso de uma adolescente com AA ofiásica tratada com sucesso com um inibidor JAK1 seletivo com melhoria da qualidade de vida. O Upadacitinib é um inibidor JAK de 2ª geração, atualmente aprovado para o tratamento da dermatite atópica (DA) em adultos e crianças com idade igual ou superior a 12 anos, sendo utilizado na AA como terapêutica off-label. Outros inibidores da JAK têm sido utilizados com sucesso na AA, mas as opções e evidência em idade pediátrica são mais limitadas. Dada a eficácia e segurança do Upadacitinib na DA, já estabelecida em ensaios randomizados, e novos relatos da sua eficácia na AA em séries de casos, este revela-se como uma nova opção terapêutica a considerar em pacientes com AA em idade pediátrica.

(Imagens da evolução clínica disponíveis)

#### **PS19. VIGILÂNCIA DO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO – RESULTADOS DE 2 ANOS NUM HOSPITAL TERCIÁRIO**

Joana Nunes Pereira<sup>1</sup>, António Gama da Silva<sup>1</sup>, Mariana Nunes<sup>1</sup>, Marta Andrade<sup>1</sup>, Carolina Constant<sup>2,3</sup>, Rosário Barreto<sup>4</sup>, J. Melo Cristino<sup>4,5</sup>, Teresa Bandeira<sup>2,3</sup>

1 - Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, ULS Santa Maria 2 – Unidade de Pneumologia Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, ULS Santa Maria 3 – Clínica Universitária de Pediatria, FMUL 4 – Laboratório de Microbiologia, Serviço de Patologia Clínica, ULS Santa Maria 5 – Instituto de Microbiologia, FMUL VSR

Palavras-chave

vírus respiratórios; vigilância epidemiológica



#### Introdução

VigiRSV é a primeira rede de vigilância epidemiológica nacional do Vírus Sincicial Respiratório (VSR) em crianças internadas com idades inferiores a 2 anos, coordenado pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA).

#### Objetivos

Descrever as características das crianças incluídas no VigiRSV num hospital terciário e verificar a evolução durante e após a pandemia COVID-19.

#### Métodos

Análise dos formulários VigiRSV com pesquisa de vírus respiratórios positiva para VSR.

#### Resultados

De 1 de agosto de 2021 a 31 de julho de 2023 foram incluídas 260 crianças, idade mediana de 2,7 meses, 54% do sexo masculino. A distribuição sazonal foi máxima, em 2021, em novembro (30; 12%) e em 2022, em outubro (31; 12%) e novembro (57; 22%). Verificou-se um total de 1833 dias de internamento, com duração mediana de 6 [1-58] dias. Bronquiolite aguda foi o diagnóstico principal, em 254 (97%) casos. Foram internados em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) 57 (22%) casos. Em 241 (93%) dos casos foi administrado oxigénio de baixo fluxo, 52 (20%) estiveram em Oxigenioterapia de Alto Fluxo (OAF), 49 (19%) em VNI e 32 (12%) em ventilação invasiva (VI). Foram medicados com antibiótico 144 (55%) casos. VSR foi o único agente em 75% dos casos, em 25% existiu coinfeção viral (rinovírus em 42; 66%).

#### Discussão

Este estudo demonstra que o VSR causa uma enorme sobrecarga sazonal nos serviços de saúde, e exige cuidados especializados e diferenciados. O elevado número de doentes em VNI e VMI é explicado por ser tratar de um hospital terciário, que recebe doentes diretamente para internamento em UCI.

#### **PS20. OBESIDADE NA CONSULTA DE PEDIATRIA GERAL - CASUÍSTICA DE 5 ANOS**

1- Joana Bastos, 2 - Catarina Franquelim, 3 - Elda Costa, 4 - Isabel Brito, 5 - Nádia Santos, 6- Manuela Braga.

1, 2, 3, 4, 5, 6 - Serviço de Pediatria do Hospital Garcia de Orta.

Palavras-Chave: Obesidade pediátrica, Pediatria geral.

#### Introdução:

Em Portugal, uma em cada três crianças apresentam excesso de peso. A Consulta de Pediatria Geral (CPG) do Hospital Garcia de Orta dispõe de uma consulta multidisciplinar dedicada ao acompanhamento de crianças e jovens com obesidade, constituída por médicos, enfermeiros e nutricionistas.

#### Objetivos:

Caracterização da população referenciada à CPG de um hospital nível II por obesidade pediátrica e seu seguimento.

#### Métodos:

Análise retrospectiva do primeiro ano de seguimento dos indivíduos referenciados à CPG por obesidade entre 2017 e 2021. Excluíram-se indivíduos com absentismo na primeira consulta ou em que esta foi realizada por via telefónica. O cálculo do z-score do IMC foi realizado através das ferramentas WHO Antro (2-5 anos) e WHO Antroplus (5 -19 anos) da OMS.

#### Resultados:

Incluíram-se 177 indivíduos com idade média de 10,2 anos ( $\pm$  DP 3,2), 100 do sexo feminino (56,5%). A maioria completou um ano de seguimento (n=144; 79,7%) com uma adesão global estimada de 75% às consultas agendadas. A obesidade parental e a presença de fatores de risco cardiovasculares nos pais (n=88; 49,7%) foram os fatores de risco para obesidade mais frequentes. O z-score IMC médio na primeira consulta foi de 3,2 ( $\pm$  DP 3,2). A hipertensão arterial foi a comorbilidade mais frequentemente diagnosticada (n=32; 18,1%), seguida da dislipidemia (n=21; 11,9%). No final do primeiro ano de seguimento, verificou-se uma redução do z-score IMC médio para 2,7 ( $\pm$  DP 1,1; p < 0,001; cohen's d=0,5). A maioria (n=123, 69,5%) manteve seguimento na CPG.

#### Conclusões:



Destaca-se a idade jovem dos indivíduos, o elevado z-score IMC à admissão e a presença frequente de comorbilidades. Os resultados revelam a necessidade de intervenção precoce centrada na família.

#### **PS21. PIOMIOSITE MULTIFOCAL PRIMÁRIA A STREPTOCOCCUS PYOGENES - UBI PUS, IBI EVACUA**

1,2 - Luzia Condessa; 1- Rafael Inácio; 1- Cristina Camilo; 1- Francisco Abecasis; 3- Luísa Lobo; 4- Graça Lopes; 1- Marisa Vieira

1- Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria - ULSSM; 2- Unidade Funcional de Pediatria, Hospital de Cascais Dr. José de Almeida; 3- Serviço de Imagiologia, Hospital de Santa Maria - ULSSM ; 4- Serviço de Ortopedia, Hospital de Santa Maria - ULSSM

Palavras-chave: piomiosite, Streptococcus pyogenes, choque tóxico

Introdução: A doença invasiva por Streptococcus pyogenes é uma condição potencialmente fatal, sobretudo quando associada a choque tóxico. A piomiosite multifocal é uma complicação possível e que dificulta o controlo do foco infeccioso.

Descrição do caso: Criança de 3 anos, saudável. Admitida por febre, tosse, rinorreia, anorexia, mialgias e edema dos membros com 6 dias de evolução. Sem contexto epidemiológico. Apresentava-se taquicárdica, polipneica, pálida, com exantema petequeal disperso, hepatomegalia e poliartrite. Laboratorialmente cumpria critérios de S. de Choque Tóxico. Antígeno S.pyogenes na orofaringe positivo, com posterior isolamento do agente em hemocultura. Radiografia de tórax com condensação retrocardíaca. Iniciou ceftriaxona e clindamicina. Por hipotensão fez bólus de volume e iniciou suporte vasopressor, que manteve de D1 a D15. Administrada imunoglobulina em D2. Necessidade de suporte ventilatório de D3 a D18. Evolução com febre mantida e aumento dos parâmetros inflamatórios. Objetivada artrite séptica da articulação coxo-femoral esquerda e múltiplos abscessos, confirmados imagiologicamente na região subescapular bilateral, membros superiores e inferiores, parede abdominal, torácica e lombar. Submetida a múltiplas drenagens cirúrgicas, com isolamento de S. pyogenes. Evolução favorável com melhoria clínica e analítica.

Conclusão: A apresentação deste caso clínico pretende realçar a gravidade desta entidade, sendo essencial aliar um rápido diagnóstico e início de terapêutica de suporte de órgão a uma abordagem multidisciplinar e atempada para controlo dos focos infecciosos.

#### **PS22. TUBERCULOSE MENÍNGEA MULTIRRESISTENTE (MDR-TB)**

1,2-Maria Miguel Resende; 1-Brenda Maria Silva Toro; 1-Ana Dias Curado; 3-Tiago Proença Santos; 1- Isabel Menezes Esteves; 1-Filipa Prata; 1-Ana Mouzinho; 1- José Gonçalo Marques;

1- Unidade de Infeciologia e Imunodeficiências, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, CHULN; 2- Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Baixo Vouga; 3- Unidade de Neurologia Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, CHULN.

Palavras-chave: Tuberculose meníngea, Tuberculose Multirresistente; Diagnóstico, Tratamento

Introdução: A meningite tuberculosa apresenta elevada morbidade e mortalidade, condicionadas pelo atraso diagnóstico, a presença de resistência aos antibióticos e neuroinflamação associada.

Descrição do Caso: Rapaz de 13 anos, com exposição a MDR-TB e TB pulmonar aos 3 anos na Ucrânia, com tratamento não especificado. Recorreu à urgência por vômitos, febre, anorexia, visão turva, desequilíbrio e alterações do comportamento e consciência, com cinco dias de evolução. À observação, com aspeto desnutrido, má higiene, mutismo, flutuações da consciência e desequilíbrio da marcha. Exame do líquido: proteínas elevadas, glicose diminuída e pleocitose linfocítica. Iniciou tratamento empírico com aciclovir e ceftriaxona. Em D5 após admissão, por manter queixas, repetiu colheita de líquido para pesquisa de M. tuberculosis e iniciou terapêutica com cinco fármacos antituberculosos e corticoterapia. O exame cultural revelou MDR-TB 5 semanas depois, sendo alterada terapêutica para linezolida, amicacina (dois meses), bedaquilina, levofloxacina e etionamida. O quadro evoluiu com hidrocefalia (derivada), vasculite grave e alterações psiquiátricas associadas a fármaco. Alta em D63, com readmissão por uma reação paradoxal, após redução de corticoterapia. Atualmente, sem défices neurológicos.



Conclusão: Em Portugal a MDR-TB é rara na criança, mas deve ser considerada ab initio se há história, mesmo que antiga, de contacto com MDR-TB. O rápido acesso a terapêutica de segunda linha deve ser assegurado sem aguardar confirmação por cultura. O risco de complicações é elevado e obriga frequentemente a derivação de hidrocefalia e terapêutica anti-inflamatória prolongada.

### **PS23. COMPLICAÇÕES NEUROLÓGICAS GRAVES E HEPATOTOXICIDADE EM CRIANÇA COM MENINGOENCEFALITE TUBERCULOSA**

1-Mariana Soares; 2-Teresa Brito; 3-Maria Manuel Santos; 4-Sofia Almeida; 5-Tiago Santos; 6-Isabel Esteves; 7-José Gonçalo Marques.

1 - Serviço de Pediatria, Departamento de Pediatria, ULS Santa Maria; 2- Departamento de Pediatria, ULS Arrábida; 3- Serviço de Neurocirurgia, ULS Santa Maria; 4-Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Departamento de Pediatria, ULS Santa Maria; 5- Unidade de Neuropediatria, Serviço de Pediatria, Departamento de Pediatria, ULS Santa Maria; 6,7-Unidade de Infeciologia e Imunodeficiências, Serviço de Pediatria, Departamento de Pediatria, ULS Santa Maria.

Palavras-chave: Tuberculose, Meningoencefalite, Vasculite, Vasospasmo.

A meningoencefalite tuberculosa (MET) é uma forma rara e grave de tuberculose primária em crianças, muitas vezes diagnosticada em estágios avançados devido à baixa especificidade clínica.

Uma criança de 7 anos, sem antecedentes relevantes, sem contexto epidemiológico conhecido, foi transferida para o nosso Hospital por depressão do estado de consciência, convulsão focal, febre prolongada, cefaleia, vômitos e afasia no contexto de suspeita de meningoencefalite. O líquido cefalorraquidiano (LCR) mostrava pleocitose linfocitária, hipoglicorráquia e proteínas elevadas. As serologias séricas e testes de amplificação de ácidos nucleicos (TAAN) no LCR (incluindo M. tuberculosis complex) foram negativos e o teste de libertação de interferão- $\gamma$  inconclusivo. A ressonância magnética e doppler transcraniano documentaram meningoencefalite, lesões isquémicas, vasculite, vasospasmo grave e hidrocefalia. Para tratar a hidrocefalia aguda, foi colocada derivação ventriculoperitoneal exteriorizada. Iniciou tratamento antibacilar quádruplo, nimodipina e corticoterapia após nova colheita de LCR para cultura. Cinco semanas depois foi isolado M. tuberculosis sensível aos antibióticos de primeira linha. Por toxicidade hepática, suspendeu definitivamente rifampicina e transitoriamente isoniazida e pirazinamida, substituindo por amicacina e levofloxacina, enquanto linezolid foi mantido. Posteriormente foi colocado shunt ventriculoperitoneal. Verificou-se uma melhoria progressiva das sequelas neurológicas.

Este caso destaca a importância do diagnóstico e da terapêutica antibiótica e complementar precoces na redução da mortalidade e morbidade associadas à MET, valorizando a clínica, o LCR e a imagiologia, mesmo sem contexto epidemiológico e TAAN negativo.

### **PS24. NA ÉPOCA DAS BRONQUIOLITES AGUDAS, NEM TUDO O QUE PARECE É**

1-Mariana Pedro; 2-Beatriz Câmara, 3-Ana Rita Araújo, 4-Mariana Miranda, 5-Marisa Vieira

1-Serviço de Pediatria, Unidade Local de Saúde do Oeste, Hospital de Caldas da Rainha, Caldas da Rainha; 2-Serviço de Pediatria, Hospital Dr. Nélio Mendonça, Funchal; 3-Serviço de Cardiologia Pediátrica, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Lisboa; 4 e 5- Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Lisboa

Palavras-chave: ALCAPA; Choque cardiogénico; Miocardiopatia dilatada; Cardiomegalia; Bronquiolite aguda;

Embora o diagnóstico de bronquiolite aguda seja frequente, os seus sintomas são comuns a outras patologias, como aspiração de corpo estranho e cardiopatia, sendo essencial um elevado índice de suspeição.

Apresentamos o caso de um lactente de 2 meses, sexo masculino, sem antecedentes neonatais relevantes. Recorreu ao SUP por rinorreia, taquipneia, recusa alimentar com cansaço, pausas frequentes e sudorese na mamada com uma semana de evolução. Assumido diagnóstico de bronquiolite aguda, tendo sido internado sem realização de exames complementares. No 3º dia de internamento apresentou agravamento da insuficiência respiratória, com necessidade de ventilação não invasiva. Admitido na Unidade Cuidados Intensivos Pediátricos em ventilação manual após episódio de dessaturação, bradicardia, má perfusão periférica, hipotensão e acidose metabólica com hiperlactacidemia grave. Apresentava ritmo de galope na auscultação cardíaca, cardiomegalia na radiografia de tórax e



ecocardiograma com miocardiopatia dilatada com disfunção grave e suspeita de artéria coronária esquerda anômala proveniente da artéria pulmonar (ALCAPA). Iniciou suporte inotrópico com discreta melhoria do choque cardiogénico e realizou Angio-TC que confirmou a suspeita de ALCAPA (fig.1). Foi submetido a cirurgia corretiva, complicada por disfunção grave no pós-operatório com necessidade de suporte extracorporeal durante 5 dias.

ALCAPA é uma condição rara, correspondendo a 0.25%-0.5% das anomalias cardíacas congénitas. Afeta 1 em 300 000 nados vivos, podendo conduzir à morte no primeiro ano de vida na ausência de reparação cirúrgica. Tipicamente apresenta-se com dispneia, palidez e dificuldade alimentar, sintomas presentes em patologias frequentes, como bronquiolite aguda.

#### **P1. PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO DOS PAIS PARA A UCIN**

1-Neusa Pedrosa; 2-Cátia Matias; 3-Ana Rebotim; 4- Sofia Aguilar; 5- Mafalda Ribeiro; 6-Maria Fernandez; 7- Raquel Olivares

Neonatologia (UCIN), ULS-Santa Maria

Palavras-chave: Uniformização Cuidados; Capacitação Parental

##### **INTRODUÇÃO:**

Na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais evidencia-se que os Pais se sentem pouco confiantes e inseguros quando sozinhos na alta do bebé e sem o apoio da equipa de Enfermagem. Por esta razão, surgiu a necessidade de desenvolver um Programa de Capacitação Parental para a Alta a fim de uniformizar os cuidados prestados pelos enfermeiros e elaborar um Guia orientador de capacitação baseado num programa previamente desenvolvido. Este guia, servirá de apoio aos Pais que o poderão consultar em suporte digital sempre que surjam dúvidas.

##### **METODOLOGIA:**

Objetivo: este programa tem como intuito uniformizar práticas e procedimentos e melhorar os cuidados prestados ao bebé de modo a capacitar os Pais na prestação de cuidados ao seu filho. Com o mesmo, o enfermeiro poderá empoderar os Pais tornando-os mais aptos e autónomos na prestação dos cuidados dirigidos ao seu filho.

Bases de dados científicas: Google académico, RCAAP (...)

RESULTADOS: O programa apresentado ainda não se encontra implementado pois aguarda validação e poderá ser sujeito a alterações de melhoria. Espera-se que através do mesmo haja uniformização dos cuidados prestados pela equipa de Enfermagem, algo que facilitará indubitavelmente a capacitação dos Pais e promoção da sua autonomia.

A avaliação do Programa será realizada no dia da alta através do -Questionário de Satisfação- e 48h após a alta, no Telefonema Pós-Alta.

##### **CONCLUSÃO:**

O momento da alta hospitalar simboliza uma nova etapa e também um desafio, na qual os Pais são invadidos por diversos sentimentos e inúmeras dúvidas. De modo a facilitar este processo, é fundamental que os cuidados estejam uniformizados na equipa de Enfermagem e que todos os enfermeiros demonstrem as mesmas práticas.

#### **P2. PROMOÇÃO DA COMUNICAÇÃO SEM BARREIRAS LINGUÍSTICAS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE**

1-Anna Hutsul

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Unidade Local de Saúde de Santa Maria, Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal.

Palavras-chave: imigrante, comunicação, saúde, barreiras

INTRODUÇÃO: A população migrante é particularmente vulnerável. Após a chegada ao país de destino, os migrantes enfrentam novos ambientes culturais e legais e barreira linguística no acesso aos cuidados de saúde.

OBJETIVOS: Refletir sobre as dificuldades e medidas facilitadores da comunicação no acesso à saúde dos imigrantes.



**METODOLOGIA:** Pesquisa bibliográfica na plataforma Pubmed com os termos: “imigrante”, “comunicação”, “saúde”, “barreiras”. Revisão da legislação em vigor.

**RESULTADOS:** Legalmente os direitos dos imigrantes estão protegidos. O estado estabeleceu o Serviço de Tradução Telefónica, criou cursos de língua portuguesa e facilitou a integração das crianças para o ensino obrigatório. Apesar destas medidas, os estudos indicam que as dificuldades de comunicação e a falta de conhecimento dos aspetos culturais por parte dos profissionais de saúde são as principais barreiras no acesso ao sistema de saúde.

**CONCLUSÃO:** Necessidade de desenvolvimento de políticas que promovam um melhor acesso pelos imigrantes aos cuidados de saúde que lhes são legalmente salvaguardados, nomeadamente a criação dos Serviços de interpretação/tradução, com profissionais com formação específica. Estas dificuldades de comunicação são uma realidade na prática clínica, sendo importante a reflexão e a sua documentação/registo, de modo a que se possam instituir medidas que otimizem os cuidados e aumentem a satisfação dos utentes e prestadores de cuidados.

### **P3. CUIDADOS SENSÍVEIS AO TRAUMA: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM EM NEONATOLOGIA**

1- Joana Carvalho; 2- Sónia Colaço

1- Unidade de Neonatologia, Hospital de Santa Maria; 2- Departamento de Enfermagem da Criança e do Jovem, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Palavras-chave: nursing care, neonatology, stress, trauma

**Introdução:** O nascimento pré-termo é uma experiência adversa precoce geradora de stress, que influencia negativamente o neurodesenvolvimento do bebé e o processo de transição para a parentalidade. O stress tóxico surge pela exposição e ativação frequente e contínua dos mecanismos de resposta interna ao stress que, por falta de fatores protetores e estratégias de coping, não se consegue autorregular, originando trauma.

**Objetivo:** Identificar Intervenções de Enfermagem para minimizar o stress do recém-nascido prematuro e família durante o internamento nas unidades de neonatologia.

**Métodos:** Revisão narrativa da literatura, com recurso à plataforma EBSCO com pesquisa na MEDLINE, CINHALL e PUBMED, integrando os descritores nursing care, neonatology, stress e trauma.

**Resultados:** Foram identificadas intervenções para minimizar o stress em duas dimensões: promoção do neurodesenvolvimento e participação parental. A primeira envolve a gestão dos estímulos ambientais, o controlo da dor e a manipulação mínima, e a segunda a promoção da vinculação, contacto pele-a-pele e amamentação, entre outras. Ademais, estar consciente das experiências anteriores e identificar estratégias de coping, com recurso à apreciação focalizada dos eventos traumáticos, fornecer apoio emocional e identificar o suporte familiar foram intervenções direcionadas à redução do stress dos pais.

**Conclusão:** O foco da intervenção de enfermagem passa por promover o neurodesenvolvimento saudável e a transição para a parentalidade, com recurso às experiências passadas e minimizando as experiências traumáticas para o bebé e pais.

### **P4. UM CASO RARO DE MONONUCLEOSE EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

Pedro Ferreira

USF Nova Caparica, ULS Almada-Seixal

Palavras-chave: CMV; mononucleose; hepatosplenomegália

**Introdução:** A infecção por Citomegalovirus é comum no mundo ocidental, sendo mais frequente na idade pediátrica. A infecção por CMV é quase sempre assintomática particularmente em indivíduos imunocompetentes. A sua etiologia pode ser congénita, pelo aleitamento, por contacto com fluidos orgânicos ou por via hematogénea.

**Descrição do caso:** Criança, sexo masculino, 12 meses, com antecedentes pessoais de gravidez vigiada, parto de termo às 39 semanas, com bom suporte social, sibilância recorrente, varicela aos 8 meses, PNV actualizado, sem alergias conhecidas, sem restrições alimentares, tendo sido alimentado com leite materno até aos 2 meses de idade.



Recorre a consulta de doença aguda por febre alta, acompanhada de tosse seca, sensação de otalgia bilateral desde há 4 dias. Referia ainda lesões aftosas na cavidade oral desde o dia anterior e sem contexto epidemiológico conhecido. Ao exame objectivo apresentava sialorreia, úlcera aftosa no lábio superior, disfonia e hepatosplenomegália. Por esse motivo foi enviado ao SU Pediatria onde realizou análises que revelaram neutropenia, trombocitopenia, aumento das transaminases e Monoteste negativo. Foram pedidas posteriormente serologias para CMV com resultado positivo e EBV, que foram negativas. Foi medicado com terapêutica sintomática e acompanhamento em Consulta de Pediatria.

Discussão: A infecção por CMV é comum e frequentemente assintomática. No entanto, o presente caso demonstra uma apresentação sintomática, mononucleose-like e, particularmente numa criança imunocompetente e sem causa etiológica identificável. Apresenta-se também com manifestações laboratoriais hematológicas e de lesão hepática. Trata-se de um caso clínico com características raras em cuidados de saúde primários.

#### **P5. ACIDÚRIA GLUTÁRICA TIPO I: DOIS CASOS CLÍNICOS COM DIFERENTES EVOLUÇÕES**

Madalena Ferreira Duarte<sup>1</sup>, Marta Abreu Andrade<sup>1</sup>, Artur Varela de Sousa<sup>1</sup>

1- Unidade de Neurodesenvolvimento, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria

Palavras-chave: acidúria glutárica tipo 1; glutaril-CoA desidrogenase; descompensações metabólicas; crises encefalopáticas; neurodesenvolvimento.

Introdução: A acidúria glutárica tipo 1 (AGI) é uma doença metabólica hereditária rara, causada pelo défice ou ausência da enzima mitocondrial glutaril-CoA desidrogenase. A acumulação de metabolitos, como o ácido glutárico, resulta em alterações neurocognitivas e motoras. O diagnóstico precoce e tratamento multidisciplinar adequado permite um melhor prognóstico.

Caso 1: 15 anos, diagnosticado com AGI aos 4 meses em contexto de hipotonia axial mantida e crise convulsiva. Múltiplos internamentos por crises encefalopáticas e descompensações metabólicas, com deterioração neurológica importante, incluindo hipotonia axial, tetraparésia e perturbação do desenvolvimento intelectual profunda.

Caso 2: 15 anos, diagnosticado com AGI aos 4 anos, por alterações na ressonância magnética cranioencefálica. Seguido na consulta de neurodesenvolvimento por estado limite do funcionamento intelectual e perturbação de défice de atenção/hiperatividade. Difícil cumprimento do plano alimentar. Do ponto de vista neurológico, com nistagmo e distonia, sem qualquer crise encefalopática aguda.

Discussão: Apresentamos dois casos de AGI, com apresentações clínicas bastante distintas. No caso 1, verificamos uma deterioração neurológica irreversível, com consequências profundas no neurodesenvolvimento. No caso 2, a apresentação foi insidiosa, com descompensações mais tardias, num período menos sensível para o neurodesenvolvimento, com melhor prognóstico e funcionalidade. Estes casos espelham a variedade nos perfis de neurodesenvolvimento nos doentes com AGI e a importância de atuar o mais cedo possível nas descompensações.

#### **P6. O LABIRINTO DIAGNÓSTICO DA DERMATOMIOSITE JUVENIL**

Isabel Moitinho de Almeida<sup>1</sup>, Miguel Bernardo<sup>1,2</sup>, Raquel Marques<sup>2,3</sup>, Filipa Oliveira Ramos<sup>2,3</sup>, Patrícia Costa Reis<sup>1,2,3</sup>

1 – Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, ULS Santa Maria, Lisboa, Portugal 2 – Unidade de Reumatologia Pediátrica, Hospital de Santa Maria, ULS Santa Maria, Lisboa, Portugal 3 – Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

Palavras-chave: Dermatomiosite Juvenil, miopatia inflamatória

INTRODUÇÃO:

A dermatomiosite juvenil (DMJ) é uma patologia rara, caracterizada por fraqueza muscular proximal e simétrica, e por alterações cutâneas, como rash heliotropo e pápulas de Gottron. A sua raridade e variabilidade clínica podem dificultar o diagnóstico.

DESCRIÇÃO DO CASO:

Criança, 9 anos, previamente saudável, trazida à urgência por astenia, edema generalizado da face e dos membros e incapacidade para a marcha com 1 mês de evolução. Estava medicada com prednisolona 1mg/Kg/dia há 2 semanas. Negava febre, dor muscular, dispneia, tosse, artralgias, alterações do trânsito



intestinal ou do aspeto da urina. Ao exame objetivo detetou-se disfonia, disfagia, edema da face e dos membros, impétigo na face, exantema petequial cervical, úlceras cervicais, axilares e perineais, livedo reticular e fraqueza muscular proximal simétrica (MMT8-24). Tinha elevação da CK, aldolase e transaminases, compatível com miosite, e identificou-se o anticorpo NXP-2. O ecocardiograma era normal.

Diagnosticou-se DMJ. Aumentou a prednisolona para 2mg/Kg/dia EV e iniciou metotrexato SC e, posteriormente, foi administrada imunoglobulina EV (2g/Kg). Cumpru antibioticoterapia com linezolid. Iniciou fisioterapia, terapia da fala e acompanhamento psicológico. Durante o internamento, teve uma sépsis a *Serratia marcescens* e um episódio súbito de dispneia, hipoxemia e expectoração hemoptoica, compatível com hemorragia alveolar. Verificou-se resolução da miosite e uma recuperação gradual da força muscular. O eritema de Gottron tornou-se aparente e as úlceras cutâneas melhoraram progressivamente.

#### DISCUSSÃO:

Através da descrição desta doente pretendemos alertar para a existência desta patologia rara, de forma a evitar atrasos no diagnóstico e no início do tratamento.

### **P7. SÉRIE DE CASOS DE PANCREATITE AGUDA NUM HOSPITAL DE GRUPO I – OBESIDADE O NOVO CULPADO?**

1 - Carolina Jesus e Sá; 2 - Constança Magalhães; 3 - Francisco Baptista; 4 - Susana Castilho; 5 - Susana Correia

ULS Arco Ribeirinho, Centro Hospital Barreiro Montijo

Palavras-chave: Pancreatite Aguda, Litíase, Obesidade, Hipertrigliceridémia

#### Introdução

Em idade pediátrica, contrariamente à adulta, a etiologia litiásica da Pancreatite Aguda (PA) é menos comum, sendo a obesidade o principal fator de risco (FR).

Segundo a OMS a prevalência da obesidade infantil em Portugal era de 13,5% em 2022.

#### Objetivos

Caracterizar os internamentos por PA num hospital de Grupo I.

#### Métodos

Estudo observacional retrospectivo dos internamentos por PA num Serviço de Pediatria de um Hospital de Grupo I entre 2016-2023.

#### Resultados

Verificaram-se 6 internamentos por PA, todos desde 2022, em doentes com  $\geq 16$  anos, 4 do sexo feminino. 2 ocorreram na mesma adolescente, com um intervalo de 2 meses.

Todos apresentaram à admissão dor abdominal, 4 náuseas e vômitos, 2 colúria e 1 acolia.

Em todos verificou-se aumento de lipase/amilase 2-3 vezes acima do limite superior da normalidade, e em 4 elevação dos parâmetros de colestase/citólise.

Todos realizaram pelo menos 1 exame de imagem, 4 ecografia e 5 TC abdominais.

Em 4 dos doentes identificou-se litíase como a etiologia da PA e a obesidade como o único FR associado.

Num identificou-se hipertrigliceridémia de 4866mg/dL, noutro não se identificou etiologia ou FR.

Todos os doentes realizaram fluidoterapia/analgesia, com tolerância a alimentação entérica nas primeiras 72 horas.

#### Conclusões

Numa revisão de 8 anos só se verificaram internamentos por PA desde 2022, e apesar da litíase não ser das causas mais comuns de PA em idade pediátrica, foi a mais identificada, tendo sido a obesidade o principal FR.

Este preocupante aumento de incidência pode ser ainda reflexo da pandemia Covid-19.

É importante prevenir a obesidade, identificando e atuando precocemente nos comportamentos alimentares não saudáveis e sedentarismo, de forma a evitar eventuais complicações futuras como a PA.



## **P8. O BRINCAR, ENQUANTO INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA HOSPITALIZADA - REVISÃO SCOPING**

1 - Andreia Fonseca; 2 - Vanessa Matos

ULS Santa Maria – Departamento de Pediatria . 1. Consulta Externa; 2. Serviço de Urgência.

Palavras-chave: Enfermagem Pediátrica; Brincar Terapêutico; Criança; Hospitalização.

**INTRODUÇÃO:** Brincar constitui um importante instrumento terapêutico que possibilita a reorganização da criança perante situações que se lhe afiguram como potenciadoras de ansiedade e de stress, como a doença e a hospitalização.

**OBJETIVO:** Mapear os contributos do Brincar Terapêutico no processo de hospitalização das crianças dos 3 aos 12 anos de idade.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Realizou-se uma Revisão Scoping, segundo o Joanna Briggs Institute. Critérios de Inclusão: Participantes – Crianças (3-12 anos); Conceito – Aplicabilidade do brincar terapêutico; Contexto - Hospitalização. Pesquisa de artigos em bases de dados eletrónicas. Critério de seleção: datados entre 2015-2023 em regime full text. Línguas de inclusão: Português, Espanhol e Inglês.

**RESULTADOS:** Os resultados dos 8 artigos analisados demonstram que o Brincar Terapêutico minimiza os efeitos negativos decorrentes da hospitalização diminuindo os stressores que lhe estão associados; promove o bem-estar e a segurança; contribui para a hospitalização positiva; aumenta o envolvimento e colaboração da criança; promove a aceitação do processo de doença e estimula a adaptação a uma nova realidade.

**CONCLUSÃO:** Brincar, com intencionalidade terapêutica, contribui para que a criança encare o ambiente hospitalar de forma mais positiva, transformando-o num lugar mais próximo e confortável. Permite estreitar os laços relacionais entre criança-enfermeiro, tornando-se fundamental que o Enfermeiro Especialista esteja desperto e sensibilizado para este tema utilizando-o enquanto recurso primordial na humanização do cuidar.

## **P9. UM CASO RARO DE ANEMIA HEMOLITICA AUTO-IMUNE**

1- Maria Limbert 2 - Carolina Castro; 3-Filipa Carmo; 4 - Francisco Abrantes; 5 - Carolina Gonçalves; 6- Catarina Salgado; 7- Maria João Palaré; 8 - Anabela Ferrão

1 - Unidade Funcional de Pediatria, Hospital de Cascais Dr. José de Almeida; 2,3,4- Departamento de pediatria, ULS Santa Maria; 5,6,7,8 - Unidade de Hematologia, Departamento de pediatria, ULS Santa Maria

Palavras-chave: anemia hemolítica auto-imune; mista

**INTRODUÇÃO:**

A anemia hemolítica autoimune (AHAI) é causada pela presença de de autoanticorpos dirigidos contra antígenos na superfície dos eritrócitos, levando à sua destruição. É uma entidade rara em pediatria e frequentemente autolimitada. Classificada de acordo com a reactividade térmica dos autoanticorpos: a quente (65%), a frio (29%), mista (5%) ou hemoglobinúria paroxística a frio (1%).

**DESCRIÇÃO DO CASO:**

Latente, 9 meses, sem antecedentes familiares ou pessoais relevantes, recorre ao SU por prostração e diminuição da ingesta desde o dia da admissão. De referir quadro de tosse e obstrução nasal com 3 semanas de evolução e temperatura subfebril nos 2 dias prévios à admissão. À observação destacava-se palidez mucocutânea acentuada. A avaliação analítica revelou anemia grave de 4,6g/dL sem alteração de outras series hematológicas, 94000 reticulócitos, LDH 490 e bilirrubina total 1,46mg/dL. Da investigação, a destacar TAD positivo revelando anemia hemolítica mista, e infeção aguda a CMV, sem outras serologias positivas. Fez CE 15mL/kg com bom rendimento, 6 dias de metilprednisolona seguido de 5 semanas de prednisolona com desmame progressivo. A destacar quadro concomitante de hepatite a CMV, com necessidade de internamento após término de corticoterapia.

**DISCUSSÃO:**

Este caso, representa um subtipo raro de AHAI. A infeção aguda a CMV pode ser um provável fator desencadeante para esta patologia. A apresentação inicial súbita e grave é típica da AHAI mista. O tratamento geralmente é semelhante ao da AHAI quente, com boa resposta à corticoterapia. É, no entanto, importante manter uma vigilância regular pelo risco de recidiva.



## **P10. REPERCUSSÕES DA PANDEMIA COVID-19 NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL: RESULTADOS DE UMA SCOPING REVIEW**

1 - Sandra Domingues, 2- Ana Rita Figueiredo, 3 - Paula Diogo

1 - Urgência De Pediatria, ULS Santa Maria; 2- Consulta de Pediatria, ULS Santa Maria, ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, CIDNUR - Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa, 3- ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, CIDNUR - Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa

Palavras-chave: Desenvolvimento infantil; Pandemia; Covid-19; Promoção da Saúde.

Introdução: O quotidiano infantil em 2020 foi impactado pela pandemia COVID-19, com alterações que afetaram o desenvolvimento infantil.

Objetivo: Sintetizar os resultados obtidos no artigo “Repercussões da pandemia covid-19 no desenvolvimento infantil: scoping review”.

Metodologia: Scoping review conduzida considerando as recomendações do Joanna Briggs Institute, entre Maio e Junho de 2022. Termos de pesquisa: “child development”, “pandemic” e “COVID-19”, obtendo-se um total de 455 artigos, sendo 13 incluídos após análise.

Resultados: Identificaram-se 3 alterações que condicionaram o desenvolvimento infantil. 1) Confinamento afetou a atividade física, saúde mental e hábitos saudáveis, resultando num aumento da ansiedade, depressão, e stresse, gerando dependência dos pais e problemas como déficit de atenção e distúrbios do sono. Verificou-se também um aumento nos casos de negligência, exploração e abusos, incluindo sexual e psicológico. 2) Uso intensivo de tecnologias impulsionou o ensino à distância e a comunicação, mas a sua utilização potenciou o déficit de atenção, ansiedade, isolamento social e desigualdades económicas. 3) Distanciamento social limitou a interação, afetando o desenvolvimento da empatia e estratégias de coping, com possíveis repercussões emocionais e dificuldades na interpretação de emoções devido ao uso de máscaras. O distanciamento também desencorajou a expressão de afetos. Conclusão: Os efeitos da pandemia devem ser monitorizados a longo prazo, e os profissionais de saúde devem coordenar a sua intervenção avaliando regularmente o desenvolvimento infantil, instruindo os pais na promoção do desenvolvimento das crianças.

## **P11. “SEAT BEALT SYNDROME”-VALORIZAR, PARA TRATAR ATEMPADAMENTE**

1-Vânia Oliveira; 2-Rita Raminhos; 3-Ana Paula Martins; 4-Miroslava Gonçalves

Cirurgia Pediátrica, Unidade Local Saúde Santa Maria

Palavras-chave: “Seat bealt Syndrome”, Trauma abdominal fechado, Lesão intestinal

Introdução: A utilização do cinto de segurança reduziu substancialmente a morbimortalidade em acidentes de viação, mas fez emergir um coletivo de lesões associada, que constituem o “seat belt syndrome” Destacam-se as lesões intra-abdominais e e/ou fraturas vertebrais bem como rotura da musculatura da parede abdominal.

Descrição do caso: rapaz de 13 anos, vítima de acidente de viação de elevada cinética. À admissão, via área permeável, sem sinais de choque ou alterações neurológicas. Apresentava equimose do cinto de segurança no abdómen, doloroso à palpação, sem aparente defesa. Dos exames complementares de diagnóstico destaca-se “discreta quantidade de líquido peri-hepático e nas goteiras parietocolica e inter ansas”. Em D2 de internamento mantinha distinção abdominal, abolição dos ruídos peristálticos sem defesa e drenagem gástrica volumosa. Assumiu-se parésia intestinal secundária ao trauma abdominal fechado. Em D9 por agravamento clínico e imagiológico, foi submetido a laparotomia exploradora e constatou-se intraoperatória: estenose traumática a nível do ílion, D. de Meckel com hematoma e apêndice com sinais de trauma. Realizou-se apendicectomia, ressecção segmentar do ileon lesado englobando o divertículo, e procedeu-se a restituição do trânsito intestinal.

Discussão: As lesões associadas ao “Seat bealt Syndrome”, em 30% dos casos são indicativo de lesões intra abdominais, frequentemente do intestino fixo, do duodeno e do jejuno. Os sintomas que podem surgir, dependem dos órgãos afetados. É fundamental uma correta interpretação dos dados, de modo a realizar o diagnóstico e tratamento, atempadamente.



## **P12. IMPACTO DO ENCERRAMENTO DA URGÊNCIA PEDIÁTRICA EM SEMANAS ALTERNADAS NA ATIVIDADE ASSISTENCIAL DE UM HOSPITAL DE GRUPO**

1- Mariana Mixão; 2- Carolina Jesus e Sá; 3- Maria Inês Calmeiro; 4- Paula Afonso; 5- Susana Correia

1- Departamento de Pediatria, Serviço de Pediatria Médica, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; ULS Santa Maria; 2,3,4,5- Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, ULS Arco Ribeirinho

Palavras-chave: Serviços de urgência pediátricos; Constrangimentos; Movimento assistencial.

### **Introdução**

No âmbito do plano de reestruturação dos serviços de urgência pediátricos (SUP) durante o último ano, alguns hospitais no país passaram a assegurar atividade urgente de forma condicionada. Num hospital de grupo I foi proposto o encerramento em semanas alternadas desde novembro de 2023.

### **Objetivos**

Avaliar o impacto do encerramento alternado do SUP na atividade assistencial da enfermaria do mesmo hospital.

### **Métodos**

Estudo observacional retrospectivo das admissões no SUP e internamentos na enfermaria de Pediatria durante novembro e dezembro de 2023 e comparação com o período homólogo do ano anterior.

### **Resultados**

Verificou-se redução de 51% no nº de admissões do SUP nos 2 últimos meses de 2023 face ao ano anterior (n=4199 vs 8613), contudo o nº de internamentos foi semelhante (n=102 vs 101). Em 2023 constatou-se uma média superior de internamentos nas semanas de abertura do SUP (14,25 vs 9 internamentos/semana). Os internamentos por transferência de outros hospitais aumentaram comparativamente a 2022 (n=48 vs 6), principalmente nas semanas de encerramento, em que 73% vieram de outro hospital.

### **Discussão**

Apesar de se ter verificado um decréscimo das admissões no SUP, tal não se refletiu no número total de internamentos, à custa do aumento dos mesmos na semana de abertura e das transferências inter-hospitalares. Depreende-se que os atendimentos urgentes ocorram noutros hospitais, aumentando o seu esforço assistencial, e das famílias que se veem deslocadas, com prejuízo da medicina de proximidade e dos custos das transferências. Os planos de reestruturação devem ter em conta as necessidades das famílias e o acesso universal a serviços de saúde, acautelando a gestão de recursos e as necessidades formativas dos serviços.

## **P13. SÍNDROME DE REFEEDING E DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL: UM DESAFIO INESPERADO**

1-Joana Glória<sup>1</sup>, 2-Luís Rodrigues<sup>1,2</sup>, 3-Ana Fernandes<sup>1,2</sup>, 4-Sara Azevedo<sup>1,2</sup>, 5-Paula Mourato<sup>1,2</sup>, 6-Helena Loreto<sup>1,2</sup>, 7-Ana Isabel Lopes<sup>1,2</sup>

1 - Unidade de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal. 2 - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Palavras-Chave: Síndrome de Refeeding, Doença Inflamatória Intestinal, Desnutrição grave

**Introdução:** A Síndrome de Refeeding (SR) é uma condição potencialmente fatal, associada a distúrbios hidroeletrólíticos (hipofosfatemia, hipocalemia e/ou hipomagnesemia) após a reintrodução do suporte nutricional em doentes desnutridos.

### **Descrição do Caso:**

Adolescente de 16 anos, internada na Unidade de Gastroenterologia Pediátrica por diarreia (3-4 dejeções/dia), febre, vômitos, dor abdominal e perda de 2 Kg, com 1 mês de evolução, sem outra sintomatologia. A avaliação clínica e endoscópica confirmou a suspeita de doença de Crohn (PCDAI à admissão 42,5 – doença grave). Tentativa de indução de remissão com dieta polimérica per os, de forma progressiva, sem tolerância, iniciando corticoterapia em D12. Por ausência de melhoria (perda adicional de 2 Kg), em D21 foi colocada sonda nasogástrica e iniciada fórmula elementar (~1500Kcal/dia), para otimização nutricional. Em D24, apesar de incremento calórico progressivo e



monitorização estreita, apresentou alterações analíticas compatíveis com SR: hipocalemia (2,9mmol/L), hipofosfatemia (1,0mg/dL) e hipomagnesemia (1,7mg/dL). Reduziu-se ingestão calórica, com resolução dos desequilíbrios hidroeletrolíticos. Sem outras manifestações, nomeadamente neurológicas ou cardiovasculares. Iniciou Infiximab em D35 por refratariedade à corticoterapia, com melhoria significativa e recuperação ponderal.

Discussão:

Este caso destaca a importância de estreita monitorização clínico-laboratorial em doentes gravemente desnutridos para reconhecimento precoce e tratamento da SR. Embora classicamente associada à anorexia nervosa, a SR também é relevante na Doença Inflamatória Intestinal, pois a desnutrição grave é comum na apresentação. Atualmente não existem ferramentas precisas de avaliação de risco, sendo necessária maior evidência para validação de fatores de risco, critérios de gravidade e protocolos de atuação na SR.

#### **P14. VIOLÊNCIA NÃO É AMOR**

1 - Isabel Almeida; 2 Marisa Marques; 3 Helena Melo

1,2 -USF Conchas, ULS Santa Maria; 3 - Hospital do SAMS

Palavras-Chave: Violência; namoro; adolescentes

Introdução – A violência no namoro, é definido como um comportamento, dentro da relação íntima, que causa dano físico, sexual ou psicológico, incluindo atos de agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos controladores. Assume hoje uma repercussão social e humana com agravamento ao longo do ciclo vital.

No estudo realizado pela UMAR verificou-se que 35% dos jovens já foram de alguma forma vítimas de violência no namoro. Esta assume variadas formas nomeadamente física, sexual, verbal, psicológica e social que muitas vezes não são valorizadas pelos jovens, como tal.

Este tipo de violência tem como objetivo controlar e dominar o parceiro para exercer sobre ele um poder. Nas consultas realizadas aos adolescentes da nossa unidade foi possível verificar que tais situações se verificam na nossa comunidade. Por este motivo pareceu-nos importante sensibilizar os nossos jovens para esta temática, promover apoio e disponibilidade para ajudar na resolução destas situações

Objetivos - Aprofundar conhecimentos sobre a temática bem como os recursos existentes para ajudar na gestão da situação e promover, nos adolescentes, a consciencialização sobre esta problemática e como atuar face à mesma.

Metodologia – Para que a informação partilhada com os adolescentes fosse, a mais atual possível, foi realizada pesquisa bibliográfica sobre a temática e elaborado um folheto explicativo a ser distribuído aos adolescentes no contexto da consulta de enfermagem ao adolescente.

Resultados – através da leitura de vários artigos foi possível perceber que a violência no namoro tem consequências negativas para a saúde física e mental dos adolescentes e que se traduz num fator para a violência em relacionamentos da idade adulta

Conclusão – A elaboração do folheto permitiu sistematizar a informação a transmitir aos adolescentes e sensibilizar também os pais para a problemática em causa, alertando para a atenção necessária para a identificação destas situações e intervenção precoce.

#### **P15. DERMATOSE AGUDA PUSTULOSA: E AGORA?**

1-Mariana Soares; 2-Inês Pereira Amaral; 3-Ivânia Soares; 4-Ana Dias Curado; 5-Cristina Tapadinhas

1-Serviço de Pediatria, Departamento de Pediatria, ULS Santa Maria; 2- Serviço de Dermatologia, ULS Santa Maria; 3-Serviço de Dermatologia, ULS Santa Maria; 4-Unidade de Infecções e Imunodeficiências, Serviço de Pediatria, Departamento de Pediatria, ULS Santa Maria; 5- Serviço de Dermatologia, ULS Santa Maria.

Palavras-chave: Exantema, Pustulose, Criança.

A Pustulose Exantemática Generalizada Aguda (PEGA) é uma dermatose pouco frequente, caracterizada por pústulas estéreis sobre pele eritematosa.



Uma criança do sexo feminino, 6 anos, sem antecedentes relevantes, foi trazida à urgência por exantema maculopapular pruriginoso, com 48h de evolução, com rápida generalização por progressão céfalocaudal. Negava sintomas a preceder o quadro. No dia do internamento, apresentava febre, prostração, odinofagia e disfonia. Havia contexto epidemiológico de impétigo, na escola e no irmão, nas semanas anteriores. Negava viagens, introdução de fármacos ou produtos de ervanária. Apresentava orofaringe ruborizada e exantema generalizado maculopapular eritematoso com miríades de micropústulas não foliculares. Analiticamente não havia leucocitose, PCR 0,72 mg/dL. Foi avaliada pela Dermatologia e assumida PEGA. O tratamento incluiu anti-histamínico oral e terapêutica tópica com emoliente, ácido fusídico e hidrocortisona, com suspensão da antibioticoterapia empírica inicialmente instituída. Após 72 horas, houve uma melhoria significativa, com descamação involutiva das áreas afetadas, bem como apirexia, com resolução em 1 semana. A biópsia cutânea confirmou o diagnóstico.

A PEGA é mais frequentemente desencadeada por fármacos, nomeadamente antibióticos. No entanto, em idade pediátrica pode estar associada a infeções recentes e, nalguns casos, a etiologia permanece por esclarecer. O diagnóstico é baseado nos achados clínico-laboratoriais e confirmado por biópsia cutânea. O tratamento envolve a remoção do agente causal, se possível, terapêutica sintomática do prurido e inflamação cutânea, e prevenção de sobreinfeção cutânea. O prognóstico é bom, na maioria das vezes com resolução espontânea e sem sequelas.

#### **P16. 2023 - AUMENTO DA MORTALIDADE EM CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS?**

1-António Gama da Silva<sup>1</sup>, 2-Diana Pereira<sup>1</sup>, 3-Joana Vasconcelos<sup>1</sup>, 4-Catarina Salgado, 5-Maria João Manteigas, 6-Inês Teixeira, 7-Emília Fradique<sup>2,3</sup>, 8-Maria João Palaré<sup>2,3</sup>

1 - Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Unidade Local de Saúde Santa Maria 2- Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Unidade Local de Saúde Santa Maria 3- Clínica Universitária de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

Palavras-chave: Cuidados Paliativos Pediátricos; Mortalidade

Introdução - As doenças crónicas complexas são responsáveis por um terço das mortes em idade pediátrica em Portugal nos últimos anos.

Objetivos - Caracterizar a mortalidade dos doentes seguidos pela Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos (EIHS CPP) de um centro terciário em 2023, comparativamente aos 5 anos anteriores.

Métodos- Análise retrospectiva de dados demográficos, tempo de referenciação, grupo de necessidades paliativas e local de morte dos doentes da EIHS CPP.

Resultados

De 2018-2022, a média anual de óbitos foi de 5,4, (taxa de mortalidade anual média de 24,8%), sendo que 28% das mortes aconteceu no domicílio.

Em 2023, houve 21 óbitos em 82 doentes seguidos pela EIHS CPP (taxa de mortalidade de 25,6%). A idade mediana dos doentes foi 5,7 anos [5 meses - 17 anos]. O tempo mediano da referenciação até ao óbito foi de 3,6 meses [2 dias - 4 anos e 10 meses]. Em termos do grupo de necessidades paliativas, 47,6% (n=10) pertencia ao Grupo IV, 23,8% (n=5) ao Grupo I, 23,8% (n=5) ao Grupo III e 4,76% (n=1) ao Grupo II. Quanto ao apoio domiciliário, 52,4% (n=11), tiveram apoio domiciliário. Relativamente ao local de morte, 52,4% (n=11) faleceram no domicílio/instituição e 47,6% (n=10) em meio hospitalar.

Conclusões - Em 2023, verificou-se um aumento significativo do número absoluto de mortes mas não da taxa de mortalidade. Houve maior referenciação interna e um aumento das agudizações, sobretudo respiratórias, em relação aos anos anteriores, devido também ao levantamento das restrições pandémicas. A mortalidade no domicílio duplicou, o que traduz maior intervenção e apoio na capacitação das famílias e instituições no fim de vida.



### **P17. SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR: UMA APRESENTAÇÃO DE LINFOMA MEDIASTÍNICO**

1 - Ana Sofia Silva; 2 - Madalena Malato; 3 - Tânia Carvalho; 4 - Helena Sousa

1 - Pediatria, ULS Santa Maria; 2, 3 e 4 - Pediatria, ULS Estuário de Tejo

**Palavras-chave:** Síndrome da veia cava superior; emergências oncológicas; linfoma não-hodgkin.  
**Introdução:** O Síndrome da Veia Cava Superior (SVCS) é uma condição rara em pediatria, sendo a sua principal causa o linfoma Não-Hodgkin. Resulta da redução do retorno venoso da cabeça, pescoço e membros superiores ao coração por causa obstrutiva.

**Caso clínico:** Rapariga de 16 anos recorre ao Serviço de Urgência (SU), com queixas de astenia e anorexia com 1 mês de evolução, associado a edema cervical e facial, com dor e limitação dos movimentos e dois episódios de síncope nas últimas 2 semanas. Na admissão com edema cervical e facial bilateral, assimetria volumétrica mamária e circulação torácica colateral mais evidentes à direita. Analiticamente, LDH 252 UI/L, prolongamento do TP, INR 1.37, D-dímeros 2169 ng/mL (hemograma sem alterações). A ecografia cervical revelou flebectasia da veia jugular interna direita e pequenas adenopatias cervicais; a TC torácica mostrou adenomegalias no mediastino superior e anterior, envolvendo a veia cava superior, com área de liquefação. Admitiu-se SVCS, tendo sido transferida para o IPO. A biópsia ecoguiada de adenomegalia cervical foi sugestiva de Linfoma grandes células B primário do mediastino. A PET de estadiamento revelou envolvimento ganglionar de múltiplos territórios (II). Realizou quimioterapia durante 5 meses, com remissão da doença.

**Conclusões:** O SVCS é uma emergência médica, pelo que o seu diagnóstico precoce é imperativo. O diagnóstico é clínico e deve alertar para hipóteses diagnósticas potencialmente ameaçadoras de vida, como doença oncológica.

### **P18. LARINGITE AGUDA EM CUIDADOS INTENSIVOS**

1,2-Catarina Andrade; 1,2-Beatriz Câmara; 1-Catarina Duarte; 1-Maria Maria Mendes; 1-Cristina Camilo

1- Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Departamento de Pediatria, Unidade Local de Saúde de Santa Maria; 2- Serviço de Pediatria, Hospital Central do Funchal

**Palavras-chave:** Laringite aguda; Obstrução via aérea; Ventilação invasiva; Sobreinfecção

**INTRODUÇÃO:** A laringite aguda é uma das infeções respiratórias mais comuns, com pico de incidência entre 6 meses-3 anos. O vírus parainfluenza é o agente mais frequente, sendo a sobreinfecção bacteriana uma complicação possível. Apesar de autolimitada, há necessidade de hospitalização em 5% e intubação até 3%.

**OBJETIVO:** Caracterização dos casos de laringite aguda admitidos numa Unidade de Cuidados Intensivos, na época de Inverno 2023-2024.

**MÉTODOS:** Análise descritiva e retrospectiva, mediante revisão dos processos clínicos.

**RESULTADOS:** Registaram-se 3 admissões por laringite aguda, com predomínio no sexo feminino (2:1) e mediana de 15 meses de idade (13-29 meses). Dois com antecedentes de sibilância.

Quadro clínico com 3 a 10 dias de evolução caracterizado por febre, tosse laríngea, estridor, sinais de dificuldade respiratória e disфонia. Apesar do tratamento com adrenalina nebulizada e dexametasona endovenosa, todos evoluíram com insuficiência respiratória e foram transferidos para Cuidados Intensivos, com uma pontuação na escala de Westley à admissão de 7 a 11. Necessitaram de ventilação invasiva durante uma mediana de 2 dias (0.5-5 dias). Apresentavam elevação ligeira dos parâmetros de infeção e radiografia de tórax com envolvimento do trato respiratório inferior, tendo iniciado antibioticoterapia. Documentou-se infeção viral complicada por sobreinfecção bacteriana em todos: VSR, Rinovírus, S. aureus e S. pneumoniae; Influenza A e S. pneumoniae; Parainfluenza 3, Bocavírus, Rinovírus e H. influenzae. A duração de internamento foi de 3 a 7 dias. Não se registaram óbitos.

**CONCLUSÕES:** É essencial o reconhecimento precoce da refratariedade à terapêutica, dado que a rápida progressão do edema laríngeo é a principal causa de mortalidade.



### **P19. TROMBOCITOPENIA NA ADOLESCÊNCIA - O QUE NÃO PODE ESCAPAR**

Filipa Carmo<sup>1</sup>, Carolina Castro<sup>1</sup>, Francisco Abrantes<sup>1</sup>, Maria Limbert<sup>2</sup>, Catarina Salgado<sup>3</sup>, Maria João Palaré<sup>3</sup>, Ana Mouzinho<sup>4</sup>, Carolina Amaro Gonçalves<sup>3</sup>, Anabela Ferrão<sup>3</sup>

1. Departamento de Pediatria, Unidade Local de Saúde Local Santa Maria 2. Departamento de Pediatria, Hospital de Cascais 3. Unidade de Hematologia Pediátrica, Departamento de Pediatria, Unidade Local de Saúde Santa Maria 4. Unidade de Infeciologia e Imunodeficiências Primárias, Departamento de Pediatria, Unidade Local de Saúde Santa Maria

Palavras-chave: Trombocitopenia imune, infeção VIH, adolescência, comportamentos de risco

#### **Introdução**

A trombocitopenia imune (TI) é a principal patologia hemorrágica adquirida em idade pediátrica. Em crianças/adolescentes com trombocitopenia (plaquetas  $<100.000/\mu\text{L}$ ) e quadro atípico na apresentação e/ou afeção de outras séries devem excluir-se causas secundárias nomeadamente doenças infecciosas, sistémicas ou linfoproliferativas.

#### **Caso clínico**

Adolescente, 16 anos, sem antecedentes de relevo, recorreu ao serviço de urgência por odinofagia e discrasia mucocutânea grave com epistáxis. Na admissão apresentava-se hemodinamicamente estável, com petéquias generalizadas, voz abafada, hiperemia e hipertrofia amigdalina com hematoma e mucosa friável, tumefação cervical com adenopatias palpáveis e hepatomegalia. Analiticamente destacava-se plaquetas  $2.000/\mu\text{L}$ , linfócitos estimulados no ESP e PCR  $2,7\text{mg/dL}$ . A TC cervical evidenciou múltiplas adenomegalias e edema dos tecidos moles a condicionar redução do calibre da via aérea, pelo que foi transferido para um hospital terciário. Assumiu-se a hipótese diagnóstica de TI e amigdalite aguda, iniciou imunoglobulina endovenosa e amoxicilina/ácido clavulânico. Atendendo à gravidade da hemorragia realizou terapêutica adicional com metilprednisolona com boa resposta terapêutica ( $141000/\mu\text{L}$  plaquetas). Do estudo etiológico verificou-se serologia positiva para VIH1, com carga viral VIH1  $5 \times 10^6$  cópias/mL e CD4+  $224 \text{ cel}/\mu\text{L}$ . Iniciou terapêutica antiretroviral e encontra-se em seguimento na consulta de Infeciologia Pediátrica.

#### **Conclusão**

A TI pode ser a primeira manifestação de infeção por VIH, sendo a segunda complicação mais frequente. Salienta-se a importância da inclusão do VIH na investigação etiológica da TI, e da avaliação de comportamentos de risco na adolescência de forma oportunista nos internamentos.

### **P20. LINFADENITE POR MYCOBACTERIUM AVIUM COMPLEX**

1- Nuzhat Abdurrachid; 2- António Moreira; 3- Margarida Ramalho; 4- José Gonçalo Marques

1- Unidade de Infeciologia e Imunodeficiências, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal.; 1- Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal.; 2- Serviço de Cirurgia Pediátrica, Departamento de Pediatria, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal.; 3, 4- Unidade de Infeciologia e Imunodeficiências, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal.

Palavras-chave: Mycobacterium avium complex; linfadenite; massa cervical

A linfadenite cervical é uma manifestação comum de infeção por Mycobacterium avium complex (MAC) na criança imunocompetente. O tratamento de eleição é a excisão cirúrgica completa. Quando esta não é possível, a abordagem não é consensual.

Apresentamos o caso de rapaz de 4 anos de idade, sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes, sem vacina BCG, referenciado à consulta externa por massa cervical com 1 mês de evolução. À observação, adenomegalia laterocervical esquerda com 4 cm de diâmetro, ligeiramente aderente nos planos profundos, indolor. Restante exame objetivo sem alterações. Ecografia do pescoço: infeção atípica vs doença linfoproliferativa. A avaliação analítica, serológica, radiografia de tórax e ecografia abdominal não tinham alterações.

Procedeu-se a excisão parcial da massa cervical esquerda e excisão da adenopatia cervical, com identificação de gânglio linfático e tecidos moles periganglionares com aspetos histológicos de linfadenite granulomatosa necrosante, sem evidência de doença linfoproliferativa. Não foi possível excisão total pela aderência ao plexo vascular aorto-jugular. O exame cultural do pus identificou MAC.



O doente não foi submetido a antibioterapia adjuvante por apresentar melhoria clínica quando foi identificado MAC. Após 3 meses de vigilância, mantém-se assintomático e com redução das dimensões da massa cervical.

Com este caso pretendemos alertar para o MAC como causa de linfadenite nas crianças imunocompetentes, bem como a sua abordagem diagnóstica e terapêutica. À semelhança do observado noutros países poderá verificar-se um maior número destas infeções quando se suspende vacinação universal com BCG.

### **P21. PROCURAR MAIS ALÉM: A PROPÓSITO DE TRÊS CASOS CLÍNICOS**

1-António Sampaio Mesquita, 2-Madalena Ferreira, 3-Francisco Abrantes, 4-Ana Dias Curado, 5-Erica Torres, 6-Filipa Prata, 7-Ana Mouzinho

1-Serviço de Pediatria, Hospital de Vila Franca de Xira; 2-Serviço de Pediatria, Hospital de Cascais Dr. José de Almeida; 3- Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte; 4,6,7-Unidade de Infecção e Imunodeficiências, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte; 5-Urgência de Pediatria, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria; 4,5,6,7-Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Palavras-chave: febre, *Streptococcus*, malária, artemisinina

O diagnóstico de doenças infecciosas pode ser desafiante, sobretudo em casos importados, sendo essencial a anamnese e um elevado nível de suspeição clínica.

Três irmãos de 11, 9 e 6 anos recorreram à Urgência 5 dias após chegada de Angola por febre, cefaleia, odinofagia e vómitos. Todos tinham hiperemia amigdalina e teste de antigénio de *Streptococcus* grupo A positivo e foram tratados com penicilina benzatínica IM. A irmã de 9 anos referia também colúria e apresentava prostração ligeira e icterícia das escleróticas, motivando avaliação analítica que revelou trombocitopenia (51000/ $\mu$ L) e padrão de citocolestase (bilirrubina total 5.68 mg/dL, AST 200 U/L, ALT 75 U/L). O estudo morfológico do sangue periférico identificou *Plasmodium falciparum*, com parasitémia de 17.5%. Os dois irmãos apresentaram também rastreio de malária positivo com parasitémias de 17% e 12,5%, sem outras alterações analíticas, pelo que foram tratados com artemeter/lumefantrina PO durante 3 dias, com recuperação completa. Por critérios de malária grave, a irmã de 9 anos foi tratada com artesunato IV durante 2 dias, período em que desenvolveu lesão renal aguda KDIGO 2 e flutuação do estado de consciência transitórias, e completou tratamento com artemeter/lumefantrina PO durante 3 dias, com recuperação total.

Destaca-se a importância da suspeita clínica e diagnóstico precoce, perante sintomas, muitas vezes inespecíficos, e contexto epidemiológico como viagem recente a país endémico. Realça-se também a utilização de derivados de artemisinina, apenas recentemente disponíveis no sistema português, porém de primeira linha de tratamento anti-malárico, com várias vantagens como redução mais rápida da parasitemia, menor risco de efeitos adversos e redução da mortalidade.

### **P22. PANCITOPÉNIA GRAVE ASSOCIADA A AZATIOPRINA**

Inês Ferro<sup>1</sup>, Sara Azevedo<sup>2</sup>, Luís Rodrigues<sup>2</sup>, Ana Fernandes<sup>2</sup>, Paula Mourato<sup>2</sup> Maria João Palaré<sup>3</sup>, Helena Loreto<sup>2</sup>, Ana Isabel Lopes<sup>1,2</sup>

1-Clinica Universitária de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa 2-Unidade de Gastroenterologia Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, ULS Santa Maria 3- Unidade de Hematologia Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, ULS Santa Maria

Palavras-chave: doença inflamatória intestinal, azatioprina, toxicidade, pancitopénia

Introdução: A azatioprina é um imunomodulador frequentemente utilizado na terapêutica de manutenção da Doença Inflamatória Intestinal (DII). Embora geralmente bem tolerada, tem como efeito adverso conhecido a mielotoxicidade, que justifica controlo laboratorial frequente após início da terapêutica. Descreve-se o caso de uma doente pediátrica com colite ulcerosa (CU) com mielossupressão grave associada ao fármaco.



Descrição: Jovem de 11 anos, com diagnóstico recente de CU, que iniciou terapêutica de manutenção com azatioprina (1,4 mg/kg/dose) após indução de remissão com prednisolona. Efetuou 1º controlo laboratorial 2 semanas após início de terapêutica, sem alterações. Às 6 semanas pós azatioprina (dose máxima 1,4 mg/kg/dia, em controlo laboratorial de rotina, documentou-se pancitopenia grave (Hb 6.2 g/dL, neutrófilos 50/uL e plaquetas 54,000/uL), associada a febre, petéquias e gengivorragias, motivando internamento. Verificou-se agravamento progressivo da pancitopenia até D32 de internamento (valores mínimos Hb 6,2 d/dL, neutrófilos 50/uL e plaquetas 7,000/uL em D50-65 pós interrupção de azatioprina), tendo sido necessário suporte transfusional múltiplo frequente e antibioticoterapia de largo espectro em contexto de neutropenia febril. Apesar de evolução inicial desfavorável, a doente recuperou progressiva e totalmente em D75 pós interrupção do fármaco. Na investigação etiológica efetuada destaca-se atividade da tiopurinametiltransferase (TMT) reduzida (4.3 U/mL, cutoff >20). A doença gastrointestinal manteve-se sempre em remissão, tendo-se subsequentemente instituído terapêutica com infliximab.

Conclusão: Este caso ilustra a importância da monitorização das complicações hematológicas associadas à azatioprina, incluindo a determinação da TMT. A pancitopenia grave resultante de mielotoxicidade direta, embora reconhecida, é rara, resolvendo habitualmente com a suspensão do fármaco. Impõe ainda diagnóstico diferencial com outras entidades hematológicas quando a evolução é desfavorável.