

COMUNICAÇÕES ORAIS

23 fevereiro às 18h30

Auditório João Lobo Antunes, Edifício Egas Moniz, FMUL

Moderadoras: Rosário Ferreira, Luísa Preto

CO1. BRINCAR PORQUE SIM - UMA ANÁLISE DOS HÁBITOS DE BRINCAR DAS CRIANÇAS PORTUGUESAS

José Maria Lupi; Isabel Coelho; Susana Gomes

Departamento de Saúde da Mulher e da Criança, Serviço de Pediatria, Hospital Espírito Santo Évora

CO2. INFLUÊNCIA DA FORMAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS NA ATITUDE DOS ENFERMEIROS NEONATAIS: ESTUDO EM MULTIUNIDADES NACIONAIS

1-Joana Barbosa; 2-Fátima Pacheco de Sousa; 3- Graça Roldão; 4- Ana Rebotim; 5 - Emília Fradique; 6- Ana Rita Figueira; 7 - Maria Alice Curado

1-6 - CHULN, HSM, Serviço de Neonatologia; 2, 3, 7 - Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento da Enfermagem de Lisboa (CIDNUR)

CO3. SEPSIS NEONATAL PRECOCE: CASUÍSTICA DOS ÚLTIMOS 10 ANOS DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO - A MUDANÇA DE PARADIGMA

1 - Madalena Fonseca, 2 - Clara Picão de Carvalho, 3 - Raquel Gouveia, 4 - Isabel Sampaio

1 e 2 - Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, CHULN. 3 e 4 - Serviço de Neonatologia, Departamento de Pediatria, CHULN

CO4. MANCHAS QUE EVOCAM O DIAGNÓSTICO – UM CASO FAMILIAR DE SÍNDROME DE MALFORMAÇÃO CAPILAR-MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA

1- M. Tomásio Neves, 2- M. Soeiro e Sá, 3- A.B. Sousa

Serviço de Genética Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

CO5. SCHWANOMATOSE ASSOCIADA AO GENE NF2 - UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA

1-Marta P. Soares¹, 2-Isabel Brito², 3-João Passos³, 4-João Carvalho², 5-Jorge Lima⁴, 6-Filipa Baptista Santos⁵, 7-Juliette Dupont¹, 8-Ana Berta Sousa¹

1 – Serviço de Genética Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal. 2 – Serviço de Pediatria, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal. 3 – Serviço de Neurologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, Lisboa, Portugal. 4 – Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto, Porto, Portugal. 5 – Serviço de Anatomia Patológica, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, Lisboa, Portugal.

CO6. EXPERIÊNCIA ACADÉMICA E SOBRECARGA DO ESTUDANTES DE MEDICINA NO CONTEXTO DA COVID-19

Mariana Medeiros Neves (1), Miguel Barbosa (2)

1- Interna de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. Alumni da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. 2- Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Portugal. Instituto de Saúde Ambiental (ISAMB-FMUL). Faculdade de Medicina. Universidade de Lisboa. Portugal

COMUNICAÇÕES ORAIS

24 fevereiro às 12h00

Auditório João Lobo Antunes do Edifício Egas Moniz, FMUL

Moderadoras: Bárbara Aguas, Carla Simão

CO7. MICROBIOTA, PERMEABILIDADE INTESTINAL E ENDOTOXÉMIA NO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

1-Miguel Castro; 2-Inês Almada-Correia; 3-Carla Motta; 4-Catarina Sousa Guerreiro; 5-Rita Moura; 6-Nikita Khmelinskii; 7-Filipa Oliveira-Ramos; 8-Catarina Inês Mendes; 9-Mário Ramirez; 10-João Eurico Fonseca; 11-Patrícia Costa-Reis

1-Unidade de Investigação em Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Centro Académico de Medicina de Lisboa; Faculdade de Ciências, Universidade de Lisboa; 2-Unidade de Investigação em Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Centro Académico de Medicina de Lisboa; Faculdade de Ciências, Universidade de Lisboa; 3-Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; 4-Laboratório de Nutrição, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Centro Académico de Medicina de Lisboa; 5-Unidade de Investigação em Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Centro Académico de Medicina de Lisboa; 6-Unidade de Investigação em Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Centro Académico de Medicina de Lisboa; Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Centro Académico de Medicina de Lisboa; 7-Unidade de Investigação em Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Centro Académico de Medicina de Lisboa; Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Centro Académico de Medicina de Lisboa; Unidade de Reumatologia Pediátrica, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Centro Académico de Medicina de Lisboa; 8-Instituto de Microbiologia, Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Centro Académico de Medicina de Lisboa; 9-Instituto de Microbiologia, Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Centro Académico de Medicina de Lisboa; 10-Unidade de Investigação em Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Centro Académico de Medicina de Lisboa; Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Centro Académico de Medicina de Lisboa; 11-Unidade de Investigação em Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Centro Académico de Medicina de Lisboa; Unidade de Reumatologia Pediátrica, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Centro Académico de Medicina de Lisboa

CO8. MARCHA ALÉRGICA NA ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA NÃO IGE MEDIADA: ESTUDO RETROSPECTIVO

1-Figueiredo, P.S.; 2-Azevedo, S.; 3-Rodrigues, L.; 4-Mourato, A.P.; 5-Loreto, H.; 6-Lopes, A.I.

1-Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; 2-Unidade de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica, Serviço de Pediatria, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; 3-Unidade de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica, Serviço de Pediatria, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; 4-Unidade de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica, Serviço de Pediatria, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; 5-Unidade de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica, Serviço de Pediatria, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; 6-Unidade de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica, Serviço de Pediatria, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

CO9. EXPERIÊNCIA DE 10 ANOS EM ENDOSCOPIA DIGESTIVA PEDIÁTRICA DE URGÊNCIA

Sara Azevedo^{1,2}, João Lopes³, Ana Fernandes¹, Paula Mourato ^{1,2}, Helena Loreto ^{1,2}, Ima Figueiredo⁴,
Lucília Freitas⁴, Sol Sendino⁴, Lurdes Mixão⁴, Ana Isabel Lopes^{1,2}

1 – Unidade de Gastroenterologia Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, 2 – Clínica Universitária de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, 3- Serviço de Gastroenterologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, 4- Unidade de Técnicas de Pediatria, Departamento de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

CO10. FIBRINÓLISE NO TRATAMENTO DO DERRAME PLEURAL PARAPNEUMÓNICO – CASUÍSTICA DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

1 - Madalena Meira Nisa, 2 - Pedro Morais, 3 - Joana Queiroz Pereira, 4 - Eugénia Soares, 5 - Vera Brites, 6 - Sérgio Lamy, 7 - João Falcão Estrada

1 - Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Tondela-Viseu, 2 - Serviço de Cirurgia Pediátrica, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central, 3 - Serviço de Cirurgia Pediátrica, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central, 4 - Serviço de Radiologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central, 5 - Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central, 6 - Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central, 7 - Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central

CO11. INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS - ESTUDO COMPARATIVO 2013-2020

1- Marta Andrade; 2- Pedro Miguel; 3- Patrícia Costa Reis; 4- Leonor Boto; 5 - Cristina Camilo

Serviço de Pediatria Médica, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; Unidade de Nefrologia Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

CO12. SERÁ O IAH DO SOFTWARE DO VENTILADOR CONFIÁVEL?

1-Ângela Drago; 2-Andreia Descalço; 3-Ana Silva; 4-Ângela Martins; 5-Lia Oliveira; 6-Rosário Ferreira

1 Laboratório Pediátrico de Estudos do Sono e Ventilação. Unidade de Pneumologia Pediátrica. Serviço de Pediatria. Departamento de Pediatria. Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, EPE.; Clínica Universitária de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

POSTERS COM DISCUSSÃO EM SALA

23 fevereiro às 8h00

Anfiteatro 58, Edifício Egas Moniz, FMUL

Moderadoras: Joana Fermeiro, Cristina Camilo

PS1. MASTOCITOSE CUTÂNEA MACULOPAPULAR COM MANIFESTAÇÕES SISTÉMICAS - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

1- Mafalda Sousa Cardoso, 2- Maria Inês Soares, 3- Ana Catarina Rosa, 4- Isabel Brito Lança

1- Pediatria, Hospital José Joaquim Fernandes, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, 2-Pediatria, Hospital José Joaquim Fernandes, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, 3-Pediatria, Hospital José Joaquim Fernandes, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, 4- Pediatria, Hospital José Joaquim Fernandes, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

PS2. UM CASO HERDADO DE MICRODELEÇÃO 3q29: A HISTÓRIA IMPROVÁVEL DE UM DIAGNÓSTICO

1 - Raquel Rodrigues; 2 - Mariana Neves; 3 - Diana Gonçalves; 4 - Ana Barreta; 5 - Eva Rolo; 6 - Ana Sousa; 7 - Hildeberto Correia; 8 - Ana Berta Sousa

1,2,5,6,8 - Serviço de Genética Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal. 3,4 - Serviço de Genética Médica do Laboratório de Análises Clínicas Joaquim Chaves Saúde, Lisboa, Portugal; 7 - Departamento de Genética Humana, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Lisboa, Portugal.

PS3. MONOCROMACIA DOS CONES AZUIS E A REGIÃO XQ28: UMA DELEÇÃO HEMIZIGÓTICA QUE INCLUI OS GENES OPN1LW E OPN1MW

1-Eva A. Rolo, 2-Sónia Custódio, 3-Mariana T. Neves, 4-Patrícia Dias, 5-Ana Sousa, 6-Ana B. Sousa

1-Serviço de Genética Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

PS4. “VOU LEVAR O MEU FILHO À URGÊNCIA” - ESTUDO PRELIMINAR SOBRE OS MOTIVOS PARENTAIS DA ESCOLHA DO RECURSO A UM SERVIÇO DE URGÊNCIA HOSPITALAR

1. Beatriz Martins; 2. Maria Vieira; 3. Mariana Mixão; 4. Cristina Almorós; 5. Sara Fonseca, 6. Andreia Bilé, 7. Priscila Carreira, 8. Sara Azevedo (2, 3,4), 9. Margarida Albuquerque

1, 2, 3, 4 - Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, HSM, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; 5, 6, 7 - Serviço de Urgência Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, HSM, Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte; 8 - Unidade de Gastrenterologia Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, HSM, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte e Clínica Universitária de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa; 9 - Serviço de Urgência Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, HSM, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte e Clínica Universitária de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

PS5. CUIDAR DA CRIANÇA COM COAGULOPATIA CONGÉNITA E SUA FAMÍLIA: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA REDUÇÃO DE EPISÓDIOS HEMORRÁGICOS E DE HOSPITALIZAÇÕES

1- Ana Resende; 2- Ana Nuno; 3- Paula Diogo; 4- Tania Almeida

1- Centro de Coagulopatias Congénitas, Serviço de Imuno-Hemoterapia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte EPE e Mestranda do 13.º Curso de Mestrado na área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria da ESEL; 2 Enfermeira Orientadora no contexto de estágio de Urgência de Pediatria do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte EPE; 3 Docente Orientadora, Professora Doutora da ESEL/CIDNUR; 4 Docente Coorientadora, Professora da ESEL/CIDNUR.

PS6. DISFAGIA SÚBITA, UM SINTOMA QUE NÃO DEVE SER DESVALORIZADO

1-Inês Garcia Ferro; 2-Ana Raquel Claro; 3-Francisca Manoel; 4-Luís Rodrigues; 5-Sara Azevedo; 6-João Lopes; 7-Ana Paula Mourato; 8-Helena Loreto; 9-Ana Isabel Lopes

1, 2, 4, 5, 7, 8, 9 - Unidade de Gastrenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica, Serviço de Pediatria, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; 3-Serviço de Pediatria, Departamento da Mulher e da Criança, Hospital do Espírito Santo de Évora E.P.E.; 6-Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

PS7. IMPACTO DO EXCESSO DE PESO E OBESIDADE NA QUALIDADE DE VIDA DOS ADOLESCENTES

1 -Filipa Carmo, 2- Ana Sofia Silva, 3- Sofia Moeda, 4- Sílvia Freira, 5- António Videira da Silva, 6- Helena Fonseca

1 e 2 - Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital Santa Maria, CHULN EPE; 3, 4, 5 e 6 - Unidade de Medicina do Adolescente, Departamento de Pediatria, Hospital Santa Maria, CHULN EPE; 5- CIDEFES (Centro de Investigação em Desporto, Educação Física, Exercício e Saúde)

PS8. HEMICOREIA AGUDA: UMA APRESENTAÇÃO RARA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM PEDIATRIA

1- Mafalda Félix Cabral, 2- Catarina Franquelim, 3- João Carvalho, 4- Tiago Santos, 5- Filipa Nunes, 6- Paulo Calhau 1,2,5,6 - Serviço de Pediatria, Hospital Garcia de Orta;

1- Área de Pediatria, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central; 3 – Serviço de Neuropediatria, Hospital Garcia de Orta; 4 – Serviço de Neuropediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte

PS9. ERITROMELALGIA SECUNDÁRIA A TROMBOCITÉMIA ESSENCIAL – APRESENTAÇÃO DE UMA DOENÇA RARA

1-Sara Torres Oliveira; 2-Joana Glória; 3-Carolina A Gonçalves, 4-Maria J. Palaré, 5-Anabela Ferrão

Unidade de Hematologia Pediátrica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria

PS10. PRIMEIRO CASO DE DOENÇA HEPÁTICA GRAVE ASSOCIADA À VARIANTE RECORRENTE c.187C>T, p.(Arg63Trp) NO GENE HNF4A

1-Catarina Macedo; 1-André M. Travessa; 2-Patricia Costa Reis; 3-Ana Fernandes; 4-João Campagnolo; 5,6-Mafalda Bourbon; 5-Gisela Gaspar; 5-Margarida Vaz; 3-Ana Isabel Lopes; 1-Ana Berta Sousa

1. Serviço de Genética Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal. 2. Unidade de Nefrologia e Transplantação Renal Pediátrica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal. 3. Unidade de Gastrenterologia Pediátrica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal. 4. Serviço de Ortopedia Infantil, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal. 5. Unidade I&D, Grupo de Investigação Cardiovascular, Departamento de Promoção da Saúde e Doenças Não Transmissíveis, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Lisbon, Portugal. 6. Universidade de Lisboa, Faculdade de Ciências, BiolSI-Instituto de Biosistemas e Ciências Integrativas, Lisboa Portugal

PS11. APENDAGITE EPIPLÓICA E ENFARTE OMENTAL – UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL A CONSIDERAR NA DOR ABDOMINAL

1-Rita Raminhos Ferreira; 2-Ana Paula Martins; 3-Miroslava Gonçalves

1,2,3-Serviço de Cirurgia Pediátrica, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

PS12. A IMPORTÂNCIA DO PERFIL MICROBIOLÓGICO, EM CRIANÇA OPERADA A APENDICITE AGUDA

Ana G. Magalhães¹; Ana Paula Martins¹; Miroslava Gonçalves¹

Cirurgia Pediátrica, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

POSTERS COM DISCUSSÃO EM SALA

24 fevereiro às 8h00

Anfiteatro 57, Edifício Egas Moniz, FMUL

Moderadores: Margarida Abrantes, Miguel Bernardo

PS13. TROMBOSE VENOSA EXTENSA EM RECÉM-NASCIDO GEMELAR: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

1-Miguel M. Lopes(1,3); 2-Gabriela E. Gomes de Sá(2,3); 3-Raquel Gouveia(3); 4-Isabel Sampaio(3); 5-Graça Oliveira(3)

1-Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE, Lisboa, Portugal; 2-Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba, Paraná, Brasil; 3-Serviço de Neonatologia, Departamento de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE, Lisboa, Portugal

PS14. QUANDO O AMBIENTE É A INSTITUIÇÃO: AS CRIANÇAS DA RESPONSABILIDADE DE TODOS

António Gama da Silva 1 Joana Magalhães e Vasconcelos 1 Diana Pereira 1 Emília Fradique 1,2 Catarina Salgado 1,2 Maria João Manteigas 1,2 Inês Teixeira 1,2 Filipa Sobral 1,2 Maria João Palaré 1,2

1- Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN) 2- Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos, Departamento de Pediatria do CHULN

PS15. TROMBOCITOPENIA NEONATAL: UMA COMBINAÇÃO DE DOIS MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS

1 - Ana Sofia Silva; 2 - Miguel Bernardo; 3 - Maria João Palaré; 4 - Bárbara Matos Aguas

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte

PS16. COMPARAÇÃO MICROBIOLÓGICA DE MÉTODOS DE COLHEITA DE URINA NUMA URGÊNCIA PEDIÁTRICA: ANÁLISE DE 2 ANOS

1- Catarina Leuzinger-Dias(1,2), 2-Inês Biléu Ventura(1,3), 3-Marta Rodrigues Amaral(1) 4-Maria Luís Tomé (1,3), 5-Cláudia Barrigas Lopes(4), 6-Mariana Pinto da Silva(4,) 7-Rafael Figueiredo(1), 8-Laura Soares(1), 9- Marta Pinheiro(1)

1 - Serviço de Pediatria/Neonatologia, Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga 2 - Departamento de Pediatria, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra 3- Serviço de Pediatria/Neonatologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho 4 – Serviço de Patologia Clínica do Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga

PS17. SÍNDROME DE GIANOTTI-CROSTI: UM EXANTEMA A NÃO ESQUECER

1- Mafalda Félix Cabral, 2- Marta Almeida, 3- Filipa Nunes, 4- Frederico Bonito 1,2,3

Serviço de Pediatria, Hospital Garcia de Orta; 1- Área de Pediatria, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central; 4- Serviço de Dermatologia, Hospital Garcia de Orta

PS18. IMPACTO DO APOIO DOMICILIÁRIO NO CUIDADO AOS DOENTES PEDIÁTRICOS COM NECESSIDADES PALIATIVAS E SUAS FAMÍLIAS

1-Joana Magalhães Vasconcelos1; 2-Diana Pereira1; 3-António Gama da Silva1; 4-Emília Fradique1,2; 5- Catarina Salgado1,2; 6-Maria João Manteigas1,2 7-Inês Teixeira1,2 8-Filipa Sobral1,2 9-Maria João Palaré1,2

1- Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN) 2- Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos, Departamento de Pediatria do CHULN

PS19. PREDISPOSIÇÃO PARA UM LUTO COMPLICADO NA ADOLESCÊNCIA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

1-Eduarda Rodrigues Costa; 2-Joana Botelho Vieira; 3-Marisa Gomes; 4-Carolina Costa

1 a 4: Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência, CHULN

PS20. GLAUCOMA CONGÉNITO: A PISTA PARA UM DIAGNÓSTICO SISTÉMICO

Duarte, Susana1,2; Peschiera, Riccardo1; Barata, André1; Passos, João3; Faria, Cláudia4; Abegão Pinto, Luís1,2; Brito, Cristina1; Teixeira, Filipa1,2

1 – Serviço Oftalmologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, 2 – Clínica Universitária de Oftalmologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, 3 – Instituto Português de Oncologia, Lisboa, 4 – Serviço Neurocirurgia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

PS21. CUIDADOS PALIATIVOS PERINEONATAIS – CASUÍSTICA DE 8 ANOS

Zakhar Shchomak1,3, Graça Roldão1, Anabela Cunha2, Susana Santo2, Maria Afonso2, Graça Olveira1,3

1 – Serviço de Neonatologia, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. 2 – Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. 3 – Clínica Universitária de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa.



PS22. SERÃO TODAS AS PÚRPURAS GRAVES? – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Catarina Mendonça , Gonçalo Passos Croca , Mariana Viegas, Bárbara Marques, Anabela Bicho
Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Oeste - Caldas da Rainha

PS23. COLESTASE NEONATAL E ANEMIA - UM DILEMA COM RESPOSTA GENÉTICA

1- Rita Melo Parente, 2- Mariana Poppe, 3- Carolina A. Gonçalves, 3- Sara Azevedo, 4- Maria João Paláre, 5- Anabela Ferrão

1- Serviço Pediatria, Centro Hospitalar Barreiro Montijo; 2- Serviço Pediatria, Hospital Beatriz Ângelo, 3-6 Departamento Pediatria Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

PS24. COMPLICAÇÃO DE DACRIOCISTOCELO EM LACTENTE

1. Martins, Beatriz; 2. Vieira, Maria, 3. Fernandes, Ana Rita, 4. Peça, Rita, 5. Rodrigues, Inês, 6. Teixeira, Filipa, 7. Gonçalo Marques, José

1, 2: Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, HSM, Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte; 3, 4: Serviço de Otorrinolaringologia, HSM, Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte; 5: Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Médio Tejo; 6: Serviço de Oftalmologia, HSM, Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte e Clínica Universitária de Oftalmologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa; 7: Unidade de Infeciologia e Imunodeficiência, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, HSM, Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte e Clínica Universitária de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa;

POSTERS SEM DISCUSSÃO

Edifício Egas Moniz, FMUL

P1. DIREITO AO CONSENTIMENTO NOS CUIDADOS DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM

1 - Inês Queiroz de Barros

Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE – Hospital Santa Maria. Serviço de Urgência Pediátrica

P2. AS APARÊNCIAS ILUDEM... EDEMA HEMORRÁGICO AGUDO DA INFÂNCIA – UM DIAGNÓSTICO A TER EM CONTA

1-Clara Picão de Carvalho; 2-Miguel Bernardo; 3-Brígida Robalo

1,2,3 - Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, CHULN

P3. QUANDO SUSPEITAR DE UM “SINDROME RAPUNZEL” - CASO CLÍNICO

Vânia Oliveira, Rodrigo Roquette, Elizabete Vieira, Miroslava Gonçalves

Serviço de Cirurgia Pediátrica, Hospital Santa Maria

P4. TRANSGERACIONALIDADE DOS COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS – VULNERABILIDADE NEUROCOGNITIVA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

1-Joana Botelho Vieira; 2-Eduarda Costa; 3-M. João Lobarinhas; 4-Ricardo Manuel Delgado; 5-Carolina Costa

1 a 4– Interno de Formação Específica de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. 5 – Assistente Hospitalar de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

P5. CUIDADOS NA PREVENÇÃO, MONITORIZAÇÃO E TRATAMENTO DAS LESÕES DA PELE NO RECÉM-NASCIDO INTERNADO NA UNIDADE DE CUIDADOS DE INTENSIVOS NEONATAIS

1-Liliana Abreu; 2-Carina Pinheiro; 3-Inês Quental; 4-Graça Roldão; 5-Joana Silva; 6-Laura Silva

1- UCIN, HSM; 2-UCIN, HSM; 3-UCIN, HSM; 4-UCIN, HSM; 5-UCIN, HSM; 6-UCIN, HSM;

P6. ALEITAMENTO MATERNO :CONHECIMENTO DOS SEUS BENEFÍCIOS E PREVALÊNCIA AOS 6 MESES

Rubén Oliveira e Graça Oliveira
CHULN

P7. UMA COMPLICAÇÃO INCOMUM PÓS-EXTRAÇÃO DENTÁRIA

1 - Patrícia B. Silva; 2 - Margarida Caldeira; 3 - Maria Duarte; 4 - Marta Valério; 5- Liza Aguiar; 6- Aldina Lopes
1- Serviço de Pediatria, Hospital de Santarém; 2- Serviço de Pediatria,Hospital de Santarém; 3 - Serviço de Pediatria, Hospital de Santarém; 4 - Serviço de Pediatria, Hospital de Santarém; 5 - Serviço de Pediatria, Hospital de Santarém; 6 - Serviço de Pediatria, Hospital de Santarém

P8. AMBIENTE E EPIGENÉTICA: A RECEITA PARA A PSICOPATOLOGIA?

1-Eduarda Rodrigues Costa; 2-Joana Botelho Vieira; 3-Marisa Gomes; 4-Carolina Costa; 5-Cristina Rebordão
1 a 5: Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência, Centro Hospitalar Lisboa Norte

P9. PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO: CAUSA OU CONSEQUÊNCIA?

1- Marisa M. Gomes; 2- Eduarda Costa; 3- Joana Botelho Vieira; 4- Rita Teixeira; 5- Teresa Goldschmidt
Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência (SPSMIA), Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN)

P10. NA DÚVIDA, É PRECISO ATUAR

Ana G. Magalhães1; Ana Paula Martins1; Miroslava Gonçalves
1 Cirurgia Pediátrica, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

RESUMOS

CO1. BRINCAR PORQUE SIM - UMA ANÁLISE DOS HÁBITOS DE BRINCAR DAS CRIANÇAS PORTUGUESAS

José Maria Lupi; Isabel Coelho; Susana Gomes

Departamento de Saúde da Mulher e da Criança, Serviço de Pediatria, Hospital Espírito Santo Évora

Palavras-Chave: Brincar, Ecrãs, Sedentarismo

Introdução: Brincar é uma atividade de motivação intrínseca e voluntária que promove a descoberta através do envolvimento ativo(1). Hábito inato em várias espécies, permite ensaiar competências críticas para a autonomia na idade adulta.

Objetivos: Caracterizar os hábitos de brincar das crianças portuguesas, a exposição a ecrãs e os factores influentes dos mesmos.

Métodos: Estudo observacional transversal com questionário online dirigido a pais de crianças. Foram colhidos dados demográficos, de hábitos e expectativas em relação a actividades lúdicas dos seus descendentes.

Resultados: Obtivemos 1762 respostas (mediana: 5 anos, 53% sexo masculino), com representação de todos os distritos.

A maioria (94%) frequenta estabelecimento escolar, 68% das crianças brinca no exterior menos de 1h/dia e 23 % não brinca no exterior numa semana típica.

A exposição a ecrãs é transversal a todos os grupos etários e reportada em 63% das crianças abaixo de 1 ano. A média de tempo de exposição a ecrãs é de cerca de 2 h/dia.

Quanto maior a escolaridade dos pais, menor o número de horas de ecrã que consideram adequado e menor o número de horas efetivamente utilizadas. A maior utilização de ecrãs correlacionou-se com menor tempo de sono.

Apenas 33% dos pais foram questionados por um médico sobre os hábitos de brincadeira dos seus filhos, com um impacto significativo na redução do tempo de ecrãs.

Conclusões: Acreditamos tratar-se do maior estudo sobre hábitos de brincar a nível nacional. Comparativamente com 2018(2), verifica-se uma tendência de aumento do sedentarismo, com maior duração de exposição a ecrãs. A maior escolaridade parental e a abordagem médica ao tema afiguram-se como fatores protetores, salientando a importância de o mencionar de forma recorrente na prática clínica pediátrica.

CO2. INFLUÊNCIA DA FORMAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS NA ATITUDE DOS ENFERMEIROS NEONATAIS: ESTUDO EM MULTIUNIDADES NACIONAIS

1-Joana Barbosa; 2-Fátima Pacheco de Sousa; 3- Graça Roldão; 4- Ana Rebotim; 5 - Emília Fradique; 6- Ana Rita Figueira; 7 - Maria Alice Curado

1-6 - CHULN, HSM, Serviço de Neonatologia; 2, 3, 7 - Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento da Enfermagem de Lisboa (CIDNUR)

Palavras-Chave: Atitudes; Enfermeiros; Cuidados Paliativos; Neonatologia;

Introdução - O défice de formação em cuidados paliativos pediátricos é uma das barreiras que influencia as atitudes dos enfermeiros na sua implementação em Neonatologia.

Objetivo - Analisar a influência da formação em cuidados paliativos pediátricos nas atitudes dos enfermeiros neonatais.

Metodologia - Estudo observacional, analítico e transversal. Cumpridos os pressupostos éticos, efetuou-se em 2022, em 14 unidades de Neonatologia, a colheita de dados com recurso à versão portuguesa da Neonatal Palliative Care Attitudes Scale (NiPCAS-PT), composta por 12 itens distribuídos por 3 dimensões (Organização, Recursos e Clínicos). A significância das diferenças dos itens da escala entre o grupo de enfermeiros com formação e sem formação em cuidados paliativos pediátricos foi avaliada com o teste não paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney para amostras independentes recorrendo ao SPSS Statistics (v.28).

Resultados - Participaram 312 enfermeiros, a maioria do sexo feminino (95%). A média de idades é de 39 anos. Têm formação em cuidados paliativos 97 enfermeiros e 215 não têm. Nos itens da Organização não existem diferenças estatisticamente significativas nas atitudes dos enfermeiros, nos grupos com ou sem formação.

Nas dimensões Recursos e Clínicos existem diferenças significativas nos dois grupos, onde a distribuição no grupo com formação é superior à do grupo sem formação.

Conclusão - A formação em cuidados paliativos pediátricos tem influência nas atitudes dos enfermeiros face à implementação dos cuidados paliativos neonatais

CO3. SEPSIS NEONATAL PRECOCE: CASUÍSTICA DOS ÚLTIMOS 10 ANOS DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO - A MUDANÇA DE PARADIGMA

1 - Madalena Fonseca, 2 - Clara Picão de Carvalho, 3 - Raquel Gouveia, 4 - Isabel Sampaio

1 e 2 - Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, CHULN. 3 e 4 - Serviço de Neonatologia, Departamento de Pediatria, CHULN

Palavras-Chave: Sépsis Neonatal Precoce, Risco Infecioso

Introdução: Sépsis neonatal precoce (SNP) define-se como infeção bacteriana invasiva com sintomas nas primeiras 72h de vida e exame cultural positivo. A incidência em recém-nascidos de termo (RNT) é baixa (0,5/1000 nados vivos), mas com morbimortalidade importante.

Objetivo: Descrição de casos de SNP em RNT ou pré-termo tardio – identificação dos fatores de risco, clínica e evolução.

Métodos: Estudo retrospectivo descritivo, por consulta de processo clínico, num período de 10 anos (2011-2021), num hospital terciário. Análise descritiva de dados demográficos, clínicos e laboratoriais. Foram incluídos RN com idade gestacional \geq ; 35 semanas e com hemocultura (HC) positiva nas primeiras 72h de vida. **Resultados:** Dos 24 RN com HC positivas, 11 (46%) apresentaram clínica (0,38/1000 nados vivos) e, por isso, critérios de SNP. Destes, em 3 a evolução clínica não foi sugestiva de sepsis, não se podendo excluir contaminação. Dos RN sintomáticos, apenas 5 (45,6%) apresentavam pelo menos um fator de risco infeccioso. Em 8 (72,2%) os sintomas surgiram nas primeiras 12h de vida e em nenhum após as 48h. A apresentação mais frequente foram sinais de dificuldade respiratória, palidez e hipotonia. A primeira avaliação analítica foi realizada, em mediana, às 3h de vida (0-49h), com Proteína C Reactiva (PCR) mediana de 0,3 mg/dL (0-18,7 mg/dL). O tempo de crescimento da HC foi inferior a 72h em todos menos 1. Os agentes mais frequentemente isolados foram Streptococcus do grupo B (n=3) e Escherichia coli (n=3). Verificou-se 1 óbito.

Conclusão: Menos de metade dos RN tinha critérios de risco infeccioso, a maioria apresentava um valor inicial de PCR negativo e sintomas nas primeiras 12h de vida.

Este estudo vem reforçar a importância da vigilância clínica no diagnóstico de SNP.

CO4. MANCHAS QUE EVOCAM O DIAGNÓSTICO – UM CASO FAMILIAR DE SÍNDROME DE MALFORMAÇÃO CAPILAR-MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA

1- M. Tomásio Neves, 2- M. Soeiro e Sá, 3- A.B. Sousa

Serviço de Genética Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

Palavras-Chave: Malformações capilares; Malformação Arteriovenosa; RASA5

Introdução:

A síndrome de Malformação Capilar-Malformação Arteriovenosa tipo 1 (MC-MAV tipo 1; OMIM #608354) é causada por variantes de perda de função no gene RASA1, que participa no processo de regulação negativa da via RAS/MAPK. A maioria dos indivíduos com MC-MAV tipo 1 apresenta malformações capilares (MC) multifocais que se podem associar a malformações arteriovenosas (MAV), fístulas arteriovenosas (FAV) e síndrome de Parkes-Weber. A hereditariedade é autossómica dominante. O diagnóstico diferencial é feito com a síndrome de MC-MAV tipo 2 (OMIM #618196), causada por variantes em EPHB4, com manifestações adicionais de telangiectasias e epistáxis na maioria dos indivíduos.

Caso clínico:

Menina com 8 anos referenciada por MC sem antecedentes pessoais a destacar. História familiar de MC e MAV cerebrais (pai, tia paterna e prima em 1º grau). À observação apresentava cerca de 20 manchas dispersas pelo tronco, membros, pescoço e região palpebral direita com formato redondo-oval, avermelhadas, de bordos irregulares, com dimensões entre 0.5-3 cm. A RM-CE e angio RM-CE não identificaram alterações. Foi colocada a hipótese de MC-MAV familiar, confirmada com a realização de estudo dirigido dos genes RASA1 e EPHB4, que identificou a variante patogénica c.2977del, p.(Arg993Valfs*3) no exão 24 de RASA1. Está em curso a pesquisa da variante familiar no pai.

Discussão:

O diagnóstico de MC-MAV coloca a indicação para vigilância das MAV/ FAV intra- e extra-cranianas (pele, músculo e coluna), que podem surgir ao longo do tempo, permitindo terapêutica atempada. O presente caso ilustra a variabilidade de expressão fenotípica desta doença, uma vez que a doente em causa não apresenta MAVs cerebrais, ao contrário dos familiares.

CO5. SCHWANOMATOSE ASSOCIADA AO GENE NF2 - UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA

1-Marta P. Soares¹, 2-Isabel Brito², 3-João Passos³, 4-João Carvalho², 5-Jorge Lima⁴, 6-Filipa Baptista Santos⁵, 7-Juliette Dupont¹, 8-Ana Berta Sousa¹

1 – Serviço de Genética Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal. 2 – Serviço de Pediatria, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal. 3 – Serviço de Neurologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, Lisboa, Portugal. 4 – Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto, Porto, Portugal. 5 – Serviço de Anatomia Patológica, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, Lisboa, Portugal.

Palavras-Chave: síndromes neurocutâneas, diagnóstico molecular, NF2

O diagnóstico diferencial entre a neurofibromatose tipo 1 (NF1), a neurofibromatose tipo 2 (NF2) e a schwannomatose é geralmente linear. Porém existem exceções, como o subtipo espinhal da NF1 com <6 manchas café-au-lait (CAL) e sem outros estigmas. Adicionalmente, a distinção entre schwannomas ou tumores híbridos da bainha dos nervos e neurofibromas pode ser desafiante.

Reporta-se o caso de uma criança do sexo masculino, 8 anos, com antecedentes de excisão de massa inguinal aos 7 anos, com histologia de neurofibroma plexiforme (NP). À observação apresentava macrocefalia relativa, 5 manchas CAL >5 mm e hipostesia facial esquerda. A avaliação oftalmológica não mostrou alterações, e a RMN-CE e da coluna documentou lesão do V par sugestiva de tumor benigno da bainha do nervo, schwannomas bilaterais dos pares cranianos VII e VIII, e lesão C1-C2 sugestiva de ependimoma. Tendo em conta a presença de NP, optou-se por iniciar selumetinib, com ligeira melhoria imagiológica das lesões dos pares cranianos.

Foi realizado estudo genético por painel NGS de tumores pediátricos em amostra tumoral, que identificou a variante NF2:c.1021C>T, p.(Arg341*), classificada como patogénica, com fracção alélica de 69%, confirmada na linha germinativa, compatível com NF2. Posteriormente, a revisão histológica da massa inguinal foi considerada compatível com schwannoma plexiforme, enquadrável na NF2.

Este caso salienta os desafios da classificação histológica dos tumores benignos da bainha dos nervos, com implicações no diagnóstico clínico, e o impacto da fenotipagem reversa no diagnóstico definitivo. Reforça também a importância do diagnóstico molecular na orientação clínica e aconselhamento genético.

CO6. EXPERIÊNCIA ACADÉMICA E SOBRECARGA DO ESTUDANTES DE MEDICINA NO CONTEXTO DA COVID-19

Mariana Medeiros Neves (1), Miguel Barbosa (2)

1- Interna de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. Alunni da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
2- Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Portugal. Instituto de Saúde Ambiental (ISAMB-FMUL). Faculdade de Medicina. Universidade de Lisboa. Portugal

Palavras-Chave: burnout, estudantes de medicina, pandemia COVID-19, ensino online

A pandemia COVID-19 tem tido impacto no bem-estar e na saúde mental dos estudantes de medicina. As aulas passaram de presenciais a online, alterando-se o método de ensino. Os convívios interpessoais reduziram significativamente e o uso das redes sociais aumentou. Questiona-se se os fatores stressores associados às telecomunicações, em conjunto com os fatores relacionados com o confinamento, contribuíram para desencadear ou agravar burnout nos alunos de medicina. Pretende-se também avaliar o impacto das medidas de contenção social devidas à pandemia COVID-19 na qualidade do ensino e na sobrecarga de estudantes de Medicina.

Aplicação de um questionário online aos alunos do 1º ao 6º ano da FMUL. Para avaliar a ansiedade face à pandemia utiliza-se a Coronavirus Anxiety Scale. Para estudar o burnout, recorre-se ao Oldenburg Burnout Measure. Também se analisam através de um conjunto de questões criadas para o efeito as implicações do ensino online no percurso académico e na saúde mental do estudante, as condições físicas e técnicas de que dispunham para assistir às aulas e o grau de satisfação decorrente deste novo método.

Responderam 185 estudantes (77,8% raparigas). A prevalência de ansiedade disfuncional foi de 12,4%. Os estudantes do género feminino apresentaram scores de burnout na dimensão Disengagement superiores aos do género masculino. Quanto ao impacto do ensino online verificou-se que existe uma correlação positiva entre a dimensão Disengagement e as seguintes variáveis: mudanças no método de ensino que causaram stress, dificuldade em acompanhar a matéria, preocupação com o prejuízo do ensino e com os exames online. Concluiu-se também que os alunos que preferem aulas presenciais apresentam níveis de exaustão mais baixos.

CO7. MICROBIOTA, PERMEABILIDADE INTESTINAL E ENDOTOXÉMIA NO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

1-Miguel Castro; 2-Inês Almada-Correia; 3-Carla Motta; 4-Catarina Sousa Guerreiro; 5-Rita Moura; 6-Nikita Khmelinskii; 7-Filipa Oliveira-Ramos; 8-Catarina Inês Mendes; 9-Mário Ramirez; 10-João Eurico Fonseca; 11-Patrícia Costa-Reis

1-Unidade de Investigação em Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Centro Académico de Medicina de Lisboa; Faculdade de Ciências, Universidade de Lisboa; 2-Unidade de Investigação em Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Centro Académico de Medicina de Lisboa; Faculdade de Ciências, Universidade de Lisboa; 3-Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; 4-Laboratório de Nutrição, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Centro Académico de Medicina de Lisboa; 5-Unidade de Investigação em Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Centro Académico de Medicina de Lisboa; 6-Unidade de Investigação em Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Centro Académico de Medicina de Lisboa; Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Centro Académico de Medicina de Lisboa; 7-Unidade de Investigação em Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Centro Académico de Medicina de Lisboa; Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Centro Académico de Medicina de Lisboa; Unidade de Reumatologia Pediátrica, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Centro Académico de Medicina de Lisboa; 8-Instituto de Microbiologia, Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Centro Académico de Medicina de Lisboa; 9-Instituto de Microbiologia, Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Centro Académico de Medicina de Lisboa; 10-Unidade de Investigação em Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Centro Académico de Medicina de Lisboa; Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Centro Académico de Medicina de Lisboa; 11-Unidade de Investigação em Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Centro Académico de Medicina de Lisboa; Unidade de Reumatologia Pediátrica, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Centro Académico de Medicina de Lisboa

Palavras-Chave: Lúpus eritematoso sistémico, microbiota intestinal, permeabilidade intestinal, endotoxémia, nutrição

Introdução: A translocação de produtos bacterianos do lúmen intestinal para a circulação pode contribuir para a ativação crónica do sistema imunitário que ocorre no lúpus eritematoso sistémico (LES). Objetivos: Estudar a dieta, atividade física, composição corporal, microbiota, permeabilidade intestinal e endotoxémia em doentes com LES e controlos saudáveis.

Métodos: Dieta avaliada por 3 inquéritos alimentares de 24h. Adesão à dieta mediterrânica (DM) e atividade física estudadas pelos inquéritos PREDIMED, KIDMED e IPAQ. Composição corporal analisada por pletismografia por deslocamento de ar. Microbiota intestinal estudada por sequenciação 16S rRNA. Avaliação direta da permeabilidade intestinal com teste lactulose/manitol, quantificados por espectrometria de massa. Zonulina e sCD14 estudados por ELISA. Atividade biológica do LPS avaliada por estimulação do TLR4 numa linha celular repórter.

Resultados: Foram recrutados 45 doentes com LES que cumpriam os critérios ACR/EULAR 2019 (11 crianças e 34 adultos; 64% com nefrite lúpica) e 16 controlos saudáveis. Os doentes com LES tinham menor atividade física, menor adesão à DM, menor ingestão de ácido α -linolénico e manganês e maior % de massa gorda ($p<0,05$). Os doentes com LES tinham menor diversidade da microbiota intestinal, maior permeabilidade intestinal e níveis aumentados de zonulina e sCD14 ($p<0,05$). O soro de doentes com LES induziu uma resposta TLR4 significativamente maior, o que pode corresponder a endotoxémia ($p<0,05$). Conclusão: Os doentes com LES têm disbiose e maior permeabilidade intestinal. Estes dados sugerem que

as alterações da microbiota e da integridade da barreira intestinal contribuem para a patogénese desta doença, sendo dois alvos terapêuticos promissores.

CO8. MARCHA ALÉRGICA NA ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA NÃO IGE MEDIADA: ESTUDO RETROSPETIVO

1-Figueiredo, P.S.; 2-Azevedo, S.; 3-Rodrigues, L.; 4-Mourato, A.P.; 5-Loreto, H.; 6-Lopes, A.I.

1-Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; 2-Unidade de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica, Serviço de Pediatria, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; 3-Unidade de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica, Serviço de Pediatria, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; 4-Unidade de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica, Serviço de Pediatria, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; 5-Unidade de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica, Serviço de Pediatria, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; 6-Unidade de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica, Serviço de Pediatria, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Palavras-Chave: Alergia às proteínas do leite de vaca; Alergia não IgE-mediada; Marcha Alérgica; Atopia

INTRODUÇÃO: A marcha alérgica está bem descrita para a alergia IgE mediada, mas os estudos são reduzidos na alergia não IgE mediada.

OBJETIVO: Avaliação do desenvolvimento de outras formas de atopia em crianças menores de 2 anos com o diagnóstico alergia às proteínas do leite de vaca (APLV) não-IgE mediada com expressão gastrointestinal.

MÉTODOS: Estudo observacional retrospectivo. Análise demográfica, clínica e laboratorial das crianças com APLV durante um período de 5 anos (2014-2022).

RESULTADOS: Das 58 crianças seguidas por APLV, foram incluídas 37 com APLV não IgE-mediada, 59% do sexo masculino, mediana de idade ao diagnóstico 3 meses [0,3-24 meses]. 41% com antecedentes familiares de atopia. Manifestações clínicas APLV: 68% proctite alérgica, 11% refluxo gastroesofágico, 8% enterocolite induzida por proteínas alimentares, 5% eczema e 8% desconhecido. 84% apresentava eosinofilia. A maioria (65%) não demonstrou outra forma de atopia ao diagnóstico. Houve progressão na marcha alérgica em 35%, com desenvolvimento de sintomas de asma (46%), rinite (69%), eczema (46%), ou outra alergia alimentar (54%), ao 1.º (69%), 2.º (8%) e 3.º (23%) anos de seguimento. 46% precisou de medicação anti-alérgica. Seguimento explícito por Imunoalergologia em 5%.

CONCLUSÃO: Apesar da reduzida dimensão da amostra e natureza retrospectiva do estudo, verificou-se que 35% dos doentes com APLV não-IgE mediada iniciou marcha alérgica, com o desenvolvimento de outras formas de atopia habitualmente associadas à forma IgE mediada. Estudos recentes defendem que a patologia alérgica IgE e não-IgE mediada poderão fazer parte do mesmo espectro, com progressão na marcha alérgica e desenvolvimento de outras condições atópicas.

CO9. EXPERIÊNCIA DE 10 ANOS EM ENDOSCOPIA DIGESTIVA PEDIÁTRICA DE URGÊNCIA

Sara Azevedo^{1,2}, João Lopes³, Ana Fernandes¹, Paula Mourato ^{1,2}, Helena Loreto ^{1,2}, Ima Figueiredo⁴, Lucília Freitas⁴, Sol Sendino⁴, Lurdes Mixão⁴, Ana Isabel Lopes^{1,2}

1 – Unidade de Gastroenterologia Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, 2 – Clínica Universitária de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, 3- Serviço de Gastroenterologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, 4- Unidade de Técnicas de Pediatria, Departamento de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Palavras-Chave: Endoscopia, Urgência, Corpos estranhos, caustico, Hemorragia digestiva

Introdução: A endoscopia digestiva alta (EDA) de urgência é imprescindível em várias situações clínicas: ingestão de corpos estranhos (CE) e cáusticos e na hemorragia digestiva aguda (HDA). Nos CE's, a decisão de remoção endoscópica depende da localização e tipo de CE, é condicionada pela imprecisão da história/ingestão não presenciada, CE' de risco/não radiopacos.

Objetivos: Reporta-se a experiência dos 10 anos de uma escala regional de prevenção EDA pediátrica urgente/emergente.

Métodos: Estudo retrospectivo descritivo; período: Dez.2012-Dez.2022. Dados demográficos e clínicos referentes à EDA, proveniência e horário de realização. Análise estatística descritiva.

Resultados: 689 EDA, 439(63,7%) sexo masc. Média exames/ano 62,6($\pm 30,2$); média exames/mês 5,2($\pm 2,5$); evolução número médio EDA /ano +8,3($\pm 14,1$). Referenciação: Outros hospitais 264(38,3%): área metropolitana Lisboa 126(47,7%), outras áreas 120(45,5%), privados 18(6,8%). Indicação: CE 440 (63,8%), caustico 102(14,8%), impacto 96(13,9%), HDA 49(7,1%), outros 2(0,4%). Na EDA por CE, em 139 (32,6%) CE não identificado. Relativamente aos CE: localização esófago 150(34%) [pilha 17(11,3%); moeda 90(60%); espinha 39(26%)] estômago 126(28,6%) [pilha 25(20,6%); CE persistente 53(42%); CE longos 26(20,6%); CE traumáticos 12(9,5%)]. 19(2,8%). Ocorrência no período noturno: 81 EDA (11,7%), 59(72,8%) entre 23h-3h. Outros Hospitais: 48(59,3%) Indicação: CE esófago 71(87,7%); CE de risco/suspeita CE 19 (26,8%); impacto 16(19,8%); HDA 2(2,8%). Sem mortalidade neste período registaram-se 19 internamentos.

Conclusão: Os CE esofágicos são a principal indicação. A significativa referenciação extrainstitucional e o reduzido número de internamentos refletem a importância de cuidados diferenciados atempados.

CO10. FIBRINÓLISE NO TRATAMENTO DO DERRAME PLEURAL PARAPNEUMÓNICO – CASUÍSTICA DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

1 - Madalena Meira Nisa, 2 - Pedro Morais, 3 - Joana Queiroz Pereira, 4 - Eugénia Soares, 5 - Vera Brites, 6 - Sérgio Lamy, 7 - João Falcão Estrada

1 - Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Tondela-Viseu, 2 - Serviço de Cirurgia Pediátrica, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central, 3 - Serviço de Cirurgia Pediátrica, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central, 4 - Serviço de Radiologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central, 5 - Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central, 6 - Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central, 7 - Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central

Palavras-Chave: derrame pleural parapneumónico; empiema; fibrinólise; terapêutica fibrinolítica

O nosso centro hospitalar tem uma ampla experiência na abordagem terapêutica dos empiemas por videotoroscopia. No entanto, a universalização da ecografia torácica e perícia de execução faz com que os empiemas sejam identificados mais precocemente, o que nos levou a rever a utilização dos fibrinolíticos, na procura de deixar a abordagem cirúrgica para casos refratários.

Rever a evolução clínica dos doentes com pneumonia complicada com derrame parapneumónico sujeitos a terapêutica fibrinolítica, desde a implementação do protocolo para sua utilização na unidade.

Consulta retrospectiva dos processos clínicos dos doentes durante um período de 13 meses.

Amostra de 13 doentes, 61,5% do sexo masculino e média de idades de 5 anos. O agente mais isolado foi o *Streptococcus pneumoniae* em 23,1%; sem agente isolado em 38,5% dos doentes. A combinação de antibióticos mais utilizada foi Cefotaxime e Clindamicina, sendo os agentes isolados sensíveis à mesma. Relativamente ao procedimento, o fibrinolítico utilizado foi a alteplase, com um número médio de tomas de 8. 76,9% doentes não apresentaram complicações, as ocorridas foram em 4 doentes: síndrome de choque mediastínico, necessidade de ventilação não invasiva pós-procedimento, drenagem hemática importante com descida de hemoglobina, infeção do dreno. Todos os doentes apresentaram boa evolução clínica, não necessitando de cirurgia. A duração média de internamento na unidade foi 7 dias.

A revisão das complicações ocorridas permite-nos a revisão dos procedimentos para melhoria da sua qualidade. A nossa experiência corrobora a literatura, tendo-se demonstrado, relativamente à toracoscopia, uma terapêutica igualmente eficaz, segura, menos invasiva, com baixa taxa de falência e índice de sequelas.

CO11. INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS - ESTUDO COMPARATIVO 2013-2020

1- Marta Andrade; 2- Pedro Miguel; 3- Patrícia Costa Reis; 4- Leonor Boto; 5 - Cristina Camilo

Serviço de Pediatria Médica, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; Unidade de Nefrologia Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Palavras-Chave: Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde; Cuidados Intensivos Pediátricos

Introdução: As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são infeções documentadas após 48h de internamento e representam um problema nas Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), pelo aumento da morbimortalidade. A vigilância epidemiológica é essencial para conhecer os fatores de risco e estabelecer planos de prevenção.

Objetivos e Métodos: Caracterização das IACS numa UCIP e estudo dos seus fatores de risco. Estudo retrospectivo dos doentes internados durante mais de 48h numa UCIP em 2020. Foram utilizados os critérios do Programa HELICS-UCI da DGS, estratificando as IACS em quatro subtipos: pneumonia, traqueobronquite, bacteriemia e infeção do trato urinário (ITU). Utilizou-se o Teste Exacto de Fischer para análise dos fatores de risco. Compararam-se os resultados com um estudo de 2013, realizado na mesma unidade.

Resultados: Em 2020 ocorreram 333 internamentos, dos quais 164 foram incluídos no estudo. Foram identificadas 25 IACS em 13 doentes: 14 infeções respiratórias, 7 bacteriemias e 4 ITU. Houve multirresistência em 28% dos agentes. Três doentes faleceram (23%). Falência de órgão, ECMO, acesso central e cateter urinário foram factores de risco para IACS nesta coorte ($p < 0.05$). Detectou-se igualmente uma associação entre ventilação invasiva e IACS respiratórias ($p < 0.05$).

Conclusão: Os resultados obtidos foram semelhantes aos de outras UCIP europeias. Em relação a 2013, houve uma maior incidência global de IACS, por aumento das bacteriemias, mas com uma redução das IACS respiratórias. Também se verificou uma maior mortalidade em 2020.

CO12. SERÁ O IAH DO SOFTWARE DO VENTILADOR CONFIÁVEL?

1-Ângela Drago; 2-Andreia Descalço; 3-Ana Silva; 4-Ângela Martins; 5-Lia Oliveira; 6-Rosário Ferreira

1 Laboratório Pediátrico de Estudos do Sono e Ventilação. Unidade de Pneumologia Pediátrica. Serviço de Pediatria. Departamento de Pediatria. Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, EPE.; Clínica Universitária de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

Palavras-chave: IAH; Pediatria; VNI

Introdução: A polissonografia (PSG) é o goldstandard para a titulação e monitorização do doente com ventilação não invasiva (VNI). No adulto, os softwares de análise dos equipamentos de VNI têm demonstrado boa concordância com a PSG na identificação de eventos respiratórios, mas os estudos pediátricos são escassos.

Objetivo: Avaliar a concordância do Índice de Apneia/Hipopneia (IAH) medido manualmente durante a leitura da PSG (IAHPSG) com o IAH determinado pelo software do ventilador (IAHVNI).

Métodos: Estudo retrospectivo e comparativo entre o IAHPSG determinado de acordo com as regras da AASM em PSG terapêutica (DOMINO® v.3.0.0.5), com o IAHVNI da mesma noite (ResScan®3). Estatística comparativa: coeficiente de correlação de Pearson e teste Bland-Altman.

Resultados: Foram incluídas 71 crianças, idade média 11 anos ($\pm 4,63$), sendo os ventiladores adequados ao peso em 62, com idade média de 12 anos ($\pm 4,07$). Os equipamentos utilizados foram 8 Airsense®, 30 Lumis VPAP 150®, 2 S9 AutoSet®, 14 Stellar 150® e 17 VPAP ST®. O IAHPSG médio foi de 1,48/h e IAHVNI 2,42/h. De acordo com o teste Bland-Altman ($p = 0,072$) os dois métodos são concordantes entre si, distribuindo-se os valores homogeneamente ($p = 0,226$), mas a correlação entre ambos não é estatisticamente significativa ($p = 0,226$). No grupo em que os ventiladores cumpriam a especificidade de peso, os métodos mantêm-se concordantes ($p = 0,312$) a correlação é moderada ($r = 0,340$; $p = 0,007$) e estatisticamente significativa.

Conclusão: A informação obtida no software dos equipamentos é fiável na criança, nos ventiladores testados, e quando estes estão validados para o peso. Os resultados obtidos devem ser confirmados na presença de IAH's superiores e com outros softwares.

PS1. MASTOCITOSE CUTÂNEA MACULOPAPULAR COM MANIFESTAÇÕES SISTÉMICAS - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

1- Mafalda Sousa Cardoso, 2- Maria Inês Soares, 3- Ana Catarina Rosa, 4- Isabel Brito Lança

1- Pediatria, Hospital José Joaquim Fernandes, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, 2-Pediatria, Hospital José Joaquim Fernandes, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, 3-Pediatria, Hospital José Joaquim Fernandes, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, 4- Pediatria, Hospital José Joaquim Fernandes, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

Palavras-Chave: Mastocitose Cutânea maculopapular; sintomas sistémicos; trigger; KIT; aconselhamento genético

Introdução: As mastocitoses são um grupo heterogéneo de doenças raras que resultam da acumulação de mastócitos nos tecidos, particularmente na pele (Mastocitose Cutânea - MC), com ou sem envolvimento de outros órgãos (Mastocitose Sistémica – MS), geralmente associadas a mutações no gene KIT.

Na idade pediátrica, 90% das mastocitoses são exclusivamente cutâneas (MC), e a forma maculopapular, também denominada “Urticária pigmentosa” é a forma mais frequente.

Existem diversos “triggers” que levam à desgranulação dos mastócitos, que podem despoletar a exacerbação dos sintomas. Estes podem ser físicos (ex: calor, frio, fricção), emocionais (ex: ansiedade), medicamentosos (ex: AINES), alimentares (ex: chocolate, morangos) e tóxicos (ex: picada, mordedura).

Descrição do caso: Lactente de 4 meses, previamente saudável, 1ª filha de casal com história de atopia, com aparecimento de lesões maculopapulares generalizadas, dermografismo e sinal de Darier, acompanhadas de episódios recorrentes e súbitos de palidez, sudorese, prostração e “flushing”.

Discussão: A MC na idade pediátrica tem geralmente bom prognóstico, mas pode acompanhar-se de sintomas sistémicos que têm um impacto significativo nas famílias.

A biópsia cutânea confirmou o diagnóstico. Foi excluído o envolvimento de outros órgãos e o valor da triptase sérica foi normal. A evolução tem sido favorável, com estabilização da clínica e as exacerbações controladas com a evicção dos “triggers” e anti-histamínicos H1.

Por se tratar de uma primeira filha, e face à ansiedade familiar gerada pela recorrência das crises, foi solicitado pelos pais aconselhamento genético. O estudo genético não está indicado uma vez que a maior parte dos casos na infância estão associados a mutações “de novo”.

PS2. UM CASO HERDADO DE MICRODELEÇÃO 3q29: A HISTÓRIA IMPROVÁVEL DE UM DIAGNÓSTICO

1 - Raquel Rodrigues; 2 - Mariana Neves; 3 - Diana Gonçalves; 4 - Ana Barreta; 5 - Eva Rolo; 6 - Ana Sousa; 7 - Hildeberto Correia; 8 - Ana Berta Sousa

1,2,5,6,8 - Serviço de Genética Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal. 3,4 - Serviço de Genética Médica do Laboratório de Análises Clínicas Joaquim Chaves Saúde, Lisboa, Portugal; 7 - Departamento de Genética Humana, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Lisboa, Portugal.

Palavras-Chave: síndrome; hereditariedade; penetrância; diagnóstico

A microdeleção 3q29 é uma síndrome autossómica dominante rara, com apresentação heterogénea e penetrância variável no que diz respeito ao quadro clínico, neuropsiquiátrico e de neurodesenvolvimento. Tipicamente ocorre de novo e, quando herdada, o progenitor transmissor é afetado. Descrevemos um caso, com suspeita de alteração citogenética da região 3q, herdada de uma mãe sem fenótipo.

Um menino de 5 anos foi encaminhado para o Serviço de Genética Médica por atraso global do desenvolvimento e perturbação do comportamento. O pai tinha patologia psiquiátrica, a mãe era saudável, e um irmão de 12 anos apresentava dificuldades de aprendizagem. O cariótipo identificou um cromossoma 3 de conformação atípica. Estudos adicionais por aCGH (180K-CGX-HD) permitiram caracterizar a alteração. A segregação foi investigada por cariótipo e por aCGH. O aCGH confirmou uma microdeleção terminal de

~1,56 Mb sobreponível com a região sindrômica recorrente 3q29. Esta alteração foi confirmada na mãe, estando também presente no irmão.

A resolução do cariótipo apresenta um limiar de deteção de 5-10 Mb, não sendo conhecidos à data casos de microdeleção 3q identificados citogeneticamente. No entanto, neste caso, o estudo citogenético sugeriu uma anomalia em 3q no probando e na mãe.

Nos raros casos herdados de microdeleção 3q29 reportados previamente, todos os pais apresentavam fenótipo. Embora a raridade desta síndrome não permita estabelecer a sua penetrância com exatidão, os dados da literatura combinados com o nosso achado de uma mãe não afetada portadora de microdeleção 3q29 sugerem que, embora a penetrância seja elevada, provavelmente não será 100%.

PS3. MONOCROMACIA DOS CONES AZUIS E A REGIÃO XQ28: UMA DELEÇÃO HEMIZIGÓTICA QUE INCLUI OS GENES OPN1LW E OPN1MW

1-Eva A. Rolo, 2-Sónia Custódio, 3-Mariana T. Neves, 4-Patrícia Dias, 5-Ana Sousa, 6-Ana B. Sousa

1-Serviço de Genética Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

Palavras-Chave: OPN1LW; OPN1MW; doenças degenerativas da retina ligadas ao X; Xq28; Monocromacia dos Cones Azuis

As fopsinas codificadas pelos genes OPN1LW e OPN1MW permitem a absorção dos comprimentos de onda longos e médios. Algumas CNVs envolvendo estes genes têm sido associadas a doenças degenerativas da retina ligadas ao X as quais, dependendo do mecanismo genético subjacente, apresentam uma ampla variabilidade fenotípica.

Neste trabalho, discutimos uma deleção hemizigótica na região Xq28 num menino com fenótipo compatível com Monocromacia dos Cones Azuis (MIM #303700). Aos 7 anos foi referenciado à consulta de Genética por distrofia dos cones bilateral e discromatopsia, sem dismorfias nem história familiar relevante. Foi realizado um painel NGS com resultado sugestivo de deleção do OPN1LW. Complementarmente, foi realizado aCGH no probando e na progenitora.

Foi identificada, no probando, uma deleção patogénica hemizigótica intersticial, de novo, com 180,23 Kb em Xq28 [arr[GRCh37] Xq28(153380336_153560564)x0 dn], que engloba cinco genes OMIM incluindo o cluster OPN1LW/OPN1MW e a sua região reguladora.

A perda de função dos genes OPN1LW e OPN1MW resulta na ausência das fopsinas vermelhas e verdes. Adicionalmente, a deleção da região reguladora do locus compromete a expressão, a morfologia, a densidade e a organização destas opsinas. Nestas circunstâncias, a visão está dependente da fopsina azul preservada e dos fotorreceptores dos bastonetes, conduzindo a um grave comprometimento na discriminação das cores que resulta na Monocromacia dos Cones Azuis.

A investigação genética das variantes causais de doenças degenerativas da retina ligadas ao X e que envolvem as fopsinas é crucial para o correto diagnóstico clínico e respetivo aconselhamento genético, permitindo clarificar o prognóstico e o risco de recorrência da doença.

PS4. “VOU LEVAR O MEU FILHO À URGÊNCIA” - ESTUDO PRELIMINAR SOBRE OS MOTIVOS PARENTAIS DA ESCOLHA DO RECURSO A UM SERVIÇO DE URGÊNCIA HOSPITALAR

1. Beatriz Martins; 2. Maria Vieira; 3. Mariana Mixão; 4. Cristina Almorós; 5. Sara Fonseca, 6. Andreia Bilé, 7. Priscila Carreira, 8. Sara Azevedo (2, 3,4), 9. Margarida Albuquerque

1, 2, 3, 4 - Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, HSM, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; 5, 6, 7 - Serviço de Urgência Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, HSM, Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte; 8 - Unidade de Gastroenterologia Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, HSM, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte e Clínica Universitária de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa; 9 - Serviço de Urgência Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, HSM, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte e Clínica Universitária de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

Palavras-Chave: Serviço Urgência Pediátrica; Motivos; Criança; Pediatria

INTRODUÇÃO: Grande percentagem de casos avaliados no Serviço de Urgência Pediátrico (SUP) não são situações urgentes condicionando a gestão de recursos.

OBJETIVOS: Conhecer os motivos da escolha de ida ao SUP em detrimento dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e aferir a proporção de casos urgentes/não urgentes.

MÉTODOS: Estudo piloto transversal. Amostra incluiu cuidadores de crianças (0-18 anos) observadas em SUP de hospital terciário de 10/12/22 a 26/1/23. Mediante consentimento aplicou-se questionário anónimo ao cuidador (dados sociodemográficos, antecedentes e episódio atual) e ao médico (dados clínicos/abordagem). Análise descritiva simples.

RESULTADOS: 103 participantes (taxa de resposta 1,9%). 57% recorreu ao SUP sem referenciação. Idade mediana 6 anos, 60% sexo feminino. A maioria (63%) tem acompanhamento nos CSP e destes, 74% tem médico de família. À questão “porque motivo se dirigiu ao SU” a resposta mais frequente (73%) foi “estado de saúde necessita de observação no SU”, seguida da “indisponibilidade do médico assistente” (24%).

Na gravidade percebida pelos cuidadores, 47% classifica-se como urgente/muito urgente. Destes, febre (52%) e tosse (46%) foram os sintomas mais frequentes. Segundo Triagem de Manchester, 44% foi triado como não urgente. 33% teve alta para domicílio sem exames complementares de diagnóstico (ECD)/ terapêutica e 4% foram internados.

CONCLUSÃO: O principal motivo de recurso ao SUP foi a perceção de gravidade pelos pais que se mostrou desadequada. 1/3 dos doentes não necessitou de ECD/terapêutica. A indisponibilidade dos CSP mantém-se uma razão de opção pelo SUP. É fundamental apostar na literacia em saúde e dotar os CSP dos recursos para otimização de cuidados.

PS5. CUIDAR DA CRIANÇA COM COAGULOPATIA CONGÉNITA E SUA FAMÍLIA: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA REDUÇÃO DE EPISÓDIOS HEMORRÁGICOS E DE HOSPITALIZAÇÕES

1- Ana Resende; 2- Ana Nuno; 3- Paula Diogo; 4- Tania Almeida

1- Centro de Coagulopatias Congénitas, Serviço de Imuno-Hemoterapia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte EPE e Mestranda do 13.º Curso de Mestrado na área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria da ESEL; 2 Enfermeira Orientadora no contexto de estágio de Urgência de Pediatria do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte EPE; 3 Docente Orientadora, Professora Doutora da ESEL/CIDNUR; 4 Docente Coorientadora, Professora da ESEL/CIDNUR.

Palavras-Chave: Intervenções de enfermagem, coagulopatias congénitas, episódio hemorrágico, hospitalizações e qualidade de vida

Introdução: Cuidar a criança e sua família com condição crónica, especificamente com coagulopatia congénita, é um ato complexo, exigindo aos enfermeiros o desenvolvimento de competências específicas que promovam o bem-estar e alívio do sofrimento. Este problema de saúde é raro, caracteriza-se por alterações na coagulação sanguínea associadas ao défice de uma proteína que interfere com a formação do coágulo sanguíneo, tornando uma hemorragia mais prolongada e abundante. Diogo et al. (2020) especifica que a condição crónica pediátrica, além de afetar a vida da criança, representa enorme impacto emocional em todos os membros da família, assim como nas relações que eles estabelecem entre si. **Objetivos:** Caracterização dos episódios hemorrágicos e número de hospitalizações em crianças com coagulopatias congénitas seguidas no Centro de Coagulopatias Congénitas (CRCC) na última década. **Métodos:** Análise retrospectiva dos dados dos processos clínicos no período entre 2020 e 2021. **Resultados:** Verificou-se uma redução de cerca de 20% no número de episódios hemorrágicos com necessidade de hospitalização no ano de 2020 para 2021. **Conclusão:** Nas crianças portadoras de coagulopatia congénita verifica-se uma tendência crescente na diminuição dos episódios hemorrágicos traumáticos, constatando-se o aumento da prevalência dos episódios hemorrágicos espontâneos que se traduz numa diminuição das hospitalizações. Os enfermeiros capacitam precocemente a criança e sua família, para as medidas recomendadas pela Federação Mundial de Hemofilia a adotar perante um episódio hemorrágico e as vantagens da adesão à profilaxia, e consequente melhoria da qualidade de vida.

PS6. DISFAGIA SÚBITA, UM SINTOMA QUE NÃO DEVE SER DESVALORIZADO

1-Inês Garcia Ferro; 2-Ana Raquel Claro; 3-Francisca Manoel; 4-Luís Rodrigues; 5-Sara Azevedo; 6-João Lopes; 7-Ana Paula Mourato; 8-Helena Loreto; 9-Ana Isabel Lopes

1, 2, 4, 5, 7, 8, 9 - Unidade de Gastrenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica, Serviço de Pediatria, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; 3-Serviço de Pediatria, Departamento da Mulher e da Criança, Hospital do Espírito Santo de

Palavras-Chave: disfagia, impacto, pilha, moeda

A ingestão acidental de corpos estranhos (CE) é frequente em pediatria e, quando não presenciada, pode levar ao atraso no diagnóstico com repercussões graves. A disfagia de início súbito e sintomatologia arrastada são sinais de alarme. Apresentam-se 2 casos de permanência prolongada de CE no esófago com diagnóstico tardio. Caso 1: Criança de 2 anos com 3 semanas de tosse, rinorreia e recusa alimentar súbita para sólidos. Recorreu 3 vezes ao serviço de urgência (SU) por recusa alimentar, com diagnóstico de nasofaringite aguda. Por tosse prolongada, de agravamento progressivo e febre, fez radiografia de tórax (RxT) que revelou CE no 1/3 superior do esófago. Transferida para o HSM para realização de endoscopia digestiva alta (EDA). Removida moeda aos 15cm, complicada de perfuração esofágica e mediastinite. Internada 4 semanas para alimentação por sonda nasogástrica (SNG). Alta assintomática, com tolerância oral. Reavaliação imagiológica sem alterações. Caso 2: Criança de 17 meses com recusa súbita para sólidos desde os 12 meses, tosse e estridor episódico. Recorreu várias vezes ao SU pelas queixas respiratórias, tendo sido sempre diagnosticada com infeção respiratória. Aos 16 meses foi solicitada RxT por manutenção dos sintomas, realizada 1 mês depois, que mostrou CE com duplo halo no 1/3 superior do esófago. Transferida para o HSM onde realizou EDA no bloco operatório. Removida pilha aos 15cm, com evidência de lacerações até à camada muscular. Mantém internamento. Estes casos ilustram a importância da suspeita de ingestão de CE na presença de disfagia súbita e queixas respiratórias/alimentares arrastadas, risco de evolução desfavorável na realização de EDA, necessidade de internamento prolongado e, no caso da pilha, risco de complicações futuras.

PS7. IMPACTO DO EXCESSO DE PESO E OBESIDADE NA QUALIDADE DE VIDA DOS ADOLESCENTES

1 -Filipa Carmo, 2- Ana Sofia Silva, 3- Sofia Moeda, 4- Sílvia Freira, 5- António Videira da Silva, 6- Helena Fonseca

1 e 2 - Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital Santa Maria, CHULN EPE; 3, 4, 5 e 6 - Unidade de Medicina do Adolescente, Departamento de Pediatria, Hospital Santa Maria, CHULN EPE; 5- CIDEFES (Centro de Investigação em Desporto, Educação Física, Exercício e Saúde)

Palavras-Chave: Adolescentes, obesidade, excesso de peso, qualidade de vida

Introdução: A obesidade é uma patologia com elevada prevalência nos adolescentes, com impacto em diferentes áreas da sua vida. A Consulta de Obesidade do Adolescente do Departamento de Pediatria do HSM conta com uma equipa multidisciplinar e uma abordagem holística no seguimento destes jovens. Por rotina a qualidade de vida (QdV) não é avaliada formalmente nestas consultas, focando-se o sucesso na avaliação antropométrica.

Objetivos: Avaliar a QdV dos adolescentes com excesso de peso e obesidade em consulta de primeira vez na Consulta de Obesidade do Adolescente e analisar a sua associação com variáveis demográficas e antropométricas.

Métodos: A QdV dos adolescentes que assentiram participar foi avaliada através de um questionário específico para a obesidade (escala de 27 a 135, com cotações maiores a representar pior QdV), no ano de 2022; e os dados antropométricos e demográficos consultados nos registos informáticos. A associação entre as variáveis foi analisada através de modelos de regressão linear.

Resultados: Foram incluídos 38 participantes (55,5% do sexo feminino) com uma idade média de 15 (± 2) anos e IMC médio de 34,2 ($\pm 5,9$). A cotação média do questionário de QdV foi 50,8 ($\pm 20,9$), no sexo feminino 57,9 ($\pm 21,9$) e no masculino 41,9 ($\pm 16,2$).

Observou-se uma associação positiva entre o IMC e a escala de QdV ($p < 0,001$; IC 95%).

Conclusões: A obesidade é uma patologia multifatorial com impacto negativo na QdV dos adolescentes. A QdV deverá ser um dos critérios a apreciar na avaliação de resultados nas intervenções no excesso de peso e obesidade, em particular nesta faixa etária, em que o desenvolvimento psicossocial assume elevada importância.

PS8. HEMICOREIA AGUDA: UMA APRESENTAÇÃO RARA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM PEDIATRIA

1- Mafalda Félix Cabral, 2- Catarina Franquelim, 3- João Carvalho, 4- Tiago Santos, 5- Filipa Nunes, 6- Paulo Calhau 1,2,5,6 - Serviço de Pediatria, Hospital Garcia de Orta;

1- Área de Pediatria, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central; 3 – Serviço de Neuropediatria, Hospital Garcia de Orta; 4 – Serviço de Neuropediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte

Palavras-Chave: Hemicoreia aguda, Acidente Vascular Cerebral, Acidente Vascular Cerebral Isquémico, Doença do Movimento

Introdução: A coreia aguda em pediatria é frequentemente associada a doenças infecciosas ou inflamatórias. As doenças do movimento são uma forma rara de apresentação de acidente vascular cerebral (AVC), com poucos casos reportados na literatura em idade pediátrica.

Descrição do caso: Menina de 8 anos, com cardiopatia congénita complexa e status pós-cirurgia de Fontan há 2 anos. Medicada com rivaroxabano, enalapril, furosemida e espirolactona. Observada por dor e movimentos involuntários dos membros direitos com 5 horas de evolução, com dificuldade na marcha. Sem outra sintomatologia, negava incumprimento terapêutico. À admissão: queixosa, com movimentos coreico-balísticos do hemicorpo direito, afasia ligeira (disfluência). TC/angio-TC crânio-encefálica com défice de preenchimento do segmento M1 e bifurcação da artéria cerebral média esquerda e enfarte lacunar não recente na região anterior do tálamo direito. Transferida para centro especializado para eventual trombectomia, realizando angio-RM: repermeabilização espontânea de M1 esquerdo com oclusão de M2 inferior, restrição à difusão no caudado e putâmen. Excluído trombo intracardíaco, iniciada varfarina e decidido não realizar terapêutica de reperfusão. Retorna ao hospital da área de residência, apresentando progressiva melhoria da coreia e afasia. Alta após 6 dias, mantendo discretos movimentos coreiformes, orientada para consulta de Neuropediatria.

Discussão: Reportamos um caso de AVC isquémico em idade pediátrica que se apresentou como uma hemicoreia/hemibalismo agudo. Destacamos a importância da realização de um exame de imagem emergente no diagnóstico diferencial. O rápido reconhecimento de uma doença do movimento como manifestação de AVC permite o diagnóstico e tratamento atempados, com importância no prognóstico.

PS9. ERITROMELALGIA SECUNDÁRIA A TROMBOCITÉMIA ESSENCIAL – APRESENTAÇÃO DE UMA DOENÇA RARA

1-Sara Torres Oliveira; 2-Joana Glória; 3-Carolina A Gonçalves, 4-Maria J. Palaré, 5-Anabela Ferrão

Unidade de Hematologia Pediátrica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria

Palavras-Chave: trombocitémia essencial, hematologia, pediatria, JAK2 V617F

Adolescente de 14 anos, sexo feminino, em seguimento na Consulta de Reumatologia por episódios recorrentes de alterações das extremidades: edema, eritema alternado com cianose e parestesias e sensação de queimadura das mãos e pés. Suspeita de fenómeno de Raynaud, não confirmado na capiloscopia. Por trombocitose extrema (plaquetas 1092000/L) em avaliação analítica, referenciada à consulta de Hematologia Pediátrica. Sem história de complicações trombóticas ou discrasia hemorrágica, artrite ou anemia. Nega ingestão de fármacos ou sintomas semelhantes em familiares. Sem alterações no exame objetivo: sem lesões

cutâneas, úlceras digitais ou hepatoesplenomegália. Repetiu avaliação laboratorial, a destacar: persistência de trombocitose grave (850.000/ul), sem afeção de outras linhagens hematológicas, esfregaço de sangue periférico sem alterações, sem ferropenia, restante estudo etiológico de causas secundárias negativo. Por persistências da eritromelalgia e cefaleias recorrentes, prosseguiu-se investigação evidenciando aumento acentuado de megacariócitos na medula óssea. Estudo genético identificou a mutação somática JAK2 V617F, concordante com o diagnóstico de trombocitemia essencial (TE), excluindo síndrome mieloproliferativa BCR/ABL negativo. Iniciou terapêutica com ácido acetilsalicílico para controlo dos sintomas microvasculares, mantendo seguimento na Hematologia Pediátrica.

A TE é uma causa primária e rara de trombocitose em pediatria exigindo a exclusão de causas secundárias. Embora os eventos trombóticos sejam raros nesta faixa etária, tratando-se de uma doente sintomática e com mutação JAK2 V617F, fator de risco independente para eventos trombóticos, tem indicação para terapêutica com ácido acetilsalicílico.

PS10. PRIMEIRO CASO DE DOENÇA HEPÁTICA GRAVE ASSOCIADA À VARIANTE RECORRENTE c.187C>T, p.(Arg63Trp) NO GENE HNF4A

1-Catarina Macedo; 1-André M. Travessa; 2-Patricia Costa Reis; 3-Ana Fernandes; 4-João Campagnolo; 5,6-Mafalda Bourbon; 5-Gisela Gaspar; 5-Margarida Vaz; 3-Ana Isabel Lopes; 1-Ana Berta Sousa

1. Serviço de Genética Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal. 2. Unidade de Nefrologia e Transplantação Renal Pediátrica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal. 3. Unidade de Gastrenterologia Pediátrica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal. 4. Serviço de Ortopedia Infantil, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal. 5. Unidade I&D, Grupo de Investigação Cardiovascular, Departamento de Promoção da Saúde e Doenças Não Transmissíveis, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Lisbon, Portugal. 6. Universidade de Lisboa, Faculdade de Ciências, BiolSI-Instituto de Biosistemas e Ciências Integrativas, Lisboa Portugal

Palavras-Chave: Síndrome de Fanconi Renal tipo 4 associado a MODY, HNF4A, doença hepática

Introdução: A variante recorrente c.187C>T, p.(Arg63Trp) no gene HNF4A associa-se a uma doença metabólica multissistémica que cursa com hiperinsulinismo, diabetes e síndrome de Fanconi renal (SFR). Dos 15 casos descritos na literatura, apenas 6 cursaram com doença hepática, sempre ligeira e transitória.

Descrição: O probando é um rapaz de 17 anos, filho de pais não consanguíneos, referenciado à consulta de genética aos 13 anos por genu varum e baixa estatura secundários a raquitismo, SFR, diabetes e doença hepática crónica com hipertensão portal. Na história familiar, a mãe apresenta um fenótipo sobreponível, à exceção do envolvimento hepático.

É um ex-prematuro, previamente avaliado nesta consulta por quadro de hipotonia, trombocitopénia, oligúria e colestase neonatais, que motivou a realização de biópsia hepática (com depósitos abundantes de glicogénio citoplasmático), e extensa investigação metabólica (inconclusiva). O quadro clínico sugeriu o diagnóstico de SFR tipo 4 associado a MODY (maturity-onset diabetes of the young) (MIM#616026). A sequenciação de Sanger dos genes associados a MODY identificou a variante c.187C>T, p.(Arg63Trp) em heterozigotia no gene HNF4A, confirmando a suspeita diagnóstica. O estudo de segregação confirmou que a variante foi herdada da mãe.

Discussão:

Este caso de SFR tipo 4 associada a MODY representa o fenótipo hepático mais grave reportado até ao momento, demonstrando que esta patologia se pode associar a doença hepática grave. Assim, sugerimos a monitorização da função hepática ao longo do tempo nestes doentes. A mãe não apresenta, até ao momento, alterações hepáticas, ilustrando a expressividade variável desta patologia.

PS11. APENDAGITE EPIPLÓICA E ENFARTE OMENTAL – UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL A CONSIDERAR NA DOR ABDOMINAL

1-Rita Raminhos Ferreira; 2-Ana Paula Martins; 3-Miroslava Gonçalves

1,2,3-Serviço de Cirurgia Pediátrica, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Palavras-Chave: Apendagite epiploica, enfarte omental, dor abdominal

O diagnóstico diferencial da dor abdominal na criança é vasto e, frequentemente, a apendagite epiplóica (AE) e enfarte omental (EO) não são considerados. Causas raras de abdómen agudo na criança, com manifestações clínicas inespecíficas, podem mimetizar a apendicite aguda, pelo que o diagnóstico imagiológico atempado pode evitar cirurgias desnecessárias. Apresentamos 2 casos clínicos, com o objetivo de alertar para estas 2 patologias:

- 9a, dor flanco direito com 4 dias de evolução e anorexia. Palpação abdominal dolorosa nos quadrantes direitos, com “empastamento”, sem outras alterações (alt). Sem leucocitose, com PCR 4.02mg/dL e na TC abdominal, a nível do flanco direito, imagem nodular adiposa com densificação da gordura envolvente – apêndice ileocecal sem alterações. Internado com o diagnóstico de AE sob tratamento médico. Evolução favorável, alta ao 5º dia. 6 meses depois sem queixas e com eco abdominal sem alterações.

- 5a, dor abdominal com 4 dias de evolução, anorexia e obstipação. Abdómen doloroso; eco abdominal e análises sem alt – alta. Regressa após 3 dias por agravamento da dor abdominal, localizada à direita. Com leucocitose e PCR 4.97mg/dL, e eco “...sem identificação do apêndice; aumento da hiperecogenicidade da gordura...”. Transferida para o nosso Centro. Apresentava abdómen distendido, com “empastamento” e defesa no hipocôndrio direito. Eco com apêndice normal, e área de edema da gordura, ao nível do hipocôndrio direito, compatível com provável EO. Internada para vigilância clínica com AINE e ATB. Evolução favorável, alta ao 3º dia. Em consulta, 1 semana após, apresentava resolução total do quadro.

AE e EO são doenças inflamatórias abdominais com clínicas inespecíficas que implicam um alto nível de suspeição. Com o avanço dos métodos de imagem, estas patologias passaram a ser mais frequentemente diagnosticadas atempadamente. Geralmente são benignas e autolimitadas, o tratamento, geralmente, não requer cirurgia.

PS12. A IMPORTÂNCIA DO PERFIL MICROBIOLÓGICO, EM CRIANÇA OPERADA A APENDICITE AGUDA

Ana G. Magalhães¹; Ana Paula Martins¹; Miroslava Gonçalves¹

Cirurgia Pediátrica, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Palavras-chave: apendicite aguda, antibioterapia, resistência antibioterapia, complicações pós-operatórias
Introdução e Objetivos: A apendicite aguda(AA) é a urgência cirúrgica mais frequente em idade pediátrica. Ao diagnóstico 30% dos casos são situações AA avançadas, estando nestes casos associada a maior número de complicações pós-operatórias. Um estudo prévio realizado em Novembro de 2020 suportou uma atualização do protocolo de abordagem ao doente com apendicite aguda, pelo que este estudo pretende descrever o perfil microbiológico, resistência aos antibióticos da flora intraperitoneal em apendicite aguda complicada e avaliar a taxa de complicações.

Métodos: Realizou-se um estudo retrospectivo que incluiu os doentes com idade inferior a 18 anos com apendicite aguda, entre 1 dezembro 2020 e 31 dezembro 2022. Registos clínicos foram avaliados e analisados os resultados microbiológicos, esquema terapêutico e complicações.

Resultados: Com um número total de 325 doentes, realizou-se a colheita de líquido ascítico/pus em 110 doentes(33,8%), em que 72(22%) obtiveram uma cultura positiva. Os microrganismos mais frequentemente isolados foram: E. coli n=58(80,6%) e Bacteroides fragilis n=38(52,8%) em menor percentagem a Streptococcus anginosus group, Parvimonas micra, Pseudomonas aeruginosa, entre outros. Verificou-se que 34 (61%) das estirpes de E. coli isoladas eram resistentes a ampicilina, mas não se verificou estarem associadas a complicações pós-operatórias. A taxa de complicação foi de 8%, definida como abscessos

intrabdominais ou infeções da ferida cirúrgica, em que 5 necessitaram de ser reoperados e 2 a drenagem percutânea ecoguiada.

Conclusão: E. Coli é o agente infeccioso presente na maioria das apendicites complicadas em idade pediátrica. Realça-se a importância da análise microbiológica intraperitoneal para uma terapêutica dirigida.

PS13. TROMBOSE VENOSA EXTENSA EM RECÉM-NASCIDO GEMELAR: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

1-Miguel M. Lopes(1,3); 2-Gabriela E. Gomes de Sá(2,3); 3-Raquel Gouveia(3); 4-Isabel Sampaio(3); 5-Graça Oliveira(3)

1-Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE, Lisboa, Portugal; 2-Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba, Paraná, Brasil; 3-Serviço de Neonatologia, Departamento de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE, Lisboa, Portugal

Palavras-Chave: Trombose neonatal; Trombo placentário; Choque hipovolémico

Introdução: A doença trombótica neonatal é rara, contudo, a melhoria no diagnóstico levou a que, nos últimos anos, a incidência tenha aumentando. Atualmente, estima-se que ronde 3-5/100.000 recém-nascidos (RN), e cerca de 0,7-1,5% das admissões em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). Em RN, a apresentação clínica nem sempre é evidente, pelo que o diagnóstico poderá ser tardio e o prognóstico potencialmente grave.

Caso Clínico: RN de termo, do sexo masculino, fruto de gestação gemelar bicoriónica e biamniótica, admitido na UCIN de um hospital terciário às 12 horas de vida, por quadro de hematuria macroscópica, anemia grave e choque hipovolémico com necessidade de ventilação invasiva, suporte transfusional e hemodinâmico. A ecografia abdominal revelou extensa trombose da veia cava inferior infra-hepática e das veias ilíacas comuns. Foi iniciada terapêutica com enoxaparina. O RN teve uma evolução favorável, com resolução completa do quadro clínico, sem complicações. O estudo anatomopatológico da placenta revelou a presença de trombo intervilositário com 1,5 cm de maior eixo.

Conclusão: Apesar da evolução clínica favorável e sem complicações, este caso teve uma apresentação grave e súbita, com necessidade de intervenção diagnóstica e terapêutica agressivas. Assim, destaca-se a importância da suspeita clínica e do diagnóstico precoce da doença trombótica neonatal, o que poderá permitir um tratamento atempado e, assim, um melhor prognóstico destes RN. O exame anatomopatológico da placenta é importante para exclusão de vasculopatia trombótica.

PS14. QUANDO O AMBIENTE É A INSTITUIÇÃO: AS CRIANÇAS DA RESPONSABILIDADE DE TODOS

António Gama da Silva 1 Joana Magalhães e Vasconcelos 1 Diana Pereira 1 Emília Fradique 1,2 Catarina Salgado 1,2 Maria João Manteigas 1,2 Inês Teixeira 1,2 Filipa Sobral 1,2 Maria João Palaré 1,2

1- Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN) 2- Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos, Departamento de Pediatria do CHULN

Palavras-Chave: Cuidados Paliativos Pediátricos; Unidade Móvel de Apoio Domiciliário; Doentes Institucionalizados;

Introdução: O acolhimento residencial é concebido como uma medida de promoção e proteção que visa a prestação de cuidados e uma adequada satisfação das necessidades físicas, psíquicas, emocionais e sociais das crianças e jovens. Deve proporcionar-se bem-estar, promovendo oportunidades de desenvolvimento pessoal, num ambiente protetor que facilite o seu processo de (re)integração social. As crianças com Doença Crónica Complexa (DCC) limitante e/ou ameaçadora da vida quando em acolhimento residencial, isolado ou binómio criança-mãe, requerem uma prestação de cuidados específica e diferenciada.

Objetivos: Descrever, de forma qualitativa, a experiência de uma Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos (EIHSCPP) de um hospital terciário em doentes institucionalizados com necessidades paliativas.

Métodos: São descritos os 4 casos de crianças institucionalizadas em seguimento pela EIHSCPP. Caracterizou-se: a patologia de base, categoria de doença com necessidades paliativas, tipo de institucionalização e

intervenção: clínica, psicológica, social e capacitação de cuidadores. A todos os casos foi aplicada a Pediatric Palliative Screening Scale.

Resultados: Duas crianças têm doença neurológica, uma tem síndrome polimalformativa e outra uma cardiopatia congénita. Todas pertencem ao grupo IV de necessidades paliativas e têm critérios para referenciação a equipa de CPP. Em dois casos, os doentes estão em regime de alojamento conjunto com as suas mães. A intervenção multidisciplinar incluiu: aplicação e atualização do plano antecipado de cuidados, apoio no controlo sintomático, apoio psicológico/social e capacitação na gestão da doença crónica progressiva e prevenção da exaustão do cuidador.

Conclusões: A gestão da prestação de cuidados às crianças com DCC e institucionalizadas obriga a uma articulação de grande proximidade entre as instituições e os serviços de saúde.

PS15. TROMBOCITOPENIA NEONATAL: UMA COMBINAÇÃO DE DOIS MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS

1 - Ana Sofia Silva; 2 - Miguel Bernardo; 3 - Maria João Palaré; 4 - Bárbara Matos Aguas

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte

Palavras-Chave: Trombocitopenia neonatal, recém-nascido, restrição de crescimento intrauterino, trombocitopenia autoimune

Introdução: A trombocitopenia ocorre em menos de 1% dos recém-nascidos (RN) de termo. A sua etiologia é desconhecida em cerca de 60 a 80% dos casos. O mecanismo principal de trombocitopenia neonatal no RN de termo nas primeiras 72h de vida é a destruição imune mediada por anticorpos. A restrição de crescimento intrauterino é outro fator predisponente. Reporta-se um caso de trombocitopenia neonatal autoimune por anticorpos maternos e por restrição de crescimento intrauterino.

Descrição: RN de 3 dias de vida, gravidez mal vigiada, complicada de restrição de crescimento intrauterino (z-score -2.898, $P < 0.4$) e enfarte placentar detectados no 3.º trimestre. Parto por cesariana às 38 semanas e 6 dias. Nas 48h horas de vida e no contexto de recusa alimentar e vômitos, realizou avaliação analítica que mostrou trombocitopenia moderada (57000/uL) e citólise hepática ligeira (ALT 182000/uL; AST 71 U/L). A mãe não apresentava trombocitopenia e a identificação de anticorpos anti-plaquetários no soro-anti-IIb/IIIa (HPA1) e anti-GpIIa/IIb (HPA5), estabeleceu o diagnóstico de trombocitopenia autoimune por anticorpos maternos. O RN nunca apresentou sinais de discrasia hemorrágica com normalização da contagem plaquetária em D5 de vida.

Discussão: Salientam-se duas etiologias concomitantes de trombocitopenia neonatal com evolução benigna. Destaca-se a relevância do mecanismo autoimune pelo risco de recorrência em gravidezes futuras, pelo que a mãe deve ser orientada para consulta de planeamento familiar.

PS16. COMPARAÇÃO MICROBIOLÓGICA DE MÉTODOS DE COLHEITA DE URINA NUMA URGÊNCIA PEDIÁTRICA: ANÁLISE DE 2 ANOS

1- Catarina Leuzinger-Dias(1,2), 2-Inês Biléu Ventura(1,3), 3-Marta Rodrigues Amaral(1) 4-Maria Luís Tomé (1,3), 5-Cláudia Barrigas Lopes(4), 6-Mariana Pinto da Silva(4,) 7-Rafael Figueiredo(1), 8-Laura Soares(1), 9-Marta Pinheiro(1)

1 - Serviço de Pediatria/Neonatologia, Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga 2 - Departamento de Pediatria, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra 3- Serviço de Pediatria/Neonatologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho 4 – Serviço de Patologia Clínica do Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga

Palavras-Chave: Urina, urocultura, contaminação, pediatria, urgência

Introdução

A infeção do trato urinário (ITU) é uma causa comum de admissões na urgência e de prescrição de antibióticos. A colheita de amostras pode ser difícil, sendo importante que os métodos usados sejam sensíveis e específicos.

Objetivos:

Avaliar a taxa de contaminação das uroculturas de diferentes métodos de colheita.

Métodos:

Estudo retrospectivo observacional com análise das uroculturas colhidas numa urgência pediátrica entre jul-2020 e jun-2022. Avaliado idade e sexo dos doentes, história de ITU e alterações do trato urinário, bem como métodos de colheita de urina, resultado de cultura, microorganismo isolados e sensibilidade a antimicrobianos.

Quando desconhecida, foi assumida continência de esfínteres a partir dos 48 meses de idade. Análise estatística feita usando o SPSS V28.

Resultados:

Foram colhidas 3206 uroculturas. Destas, 26,6% não tinham informação sobre método de colheita, sendo excluídas (N=2354). A idade média foi de 5,5 anos, 65% uroculturas do sexo feminino.

Foram colheitas 26,6% por saco coletor (SC), 19,3% por algaliação (A), 53,9% por jato médio (JM) e apenas 6 colhidas por punção vesical (PV), todas em indivíduos do sexo masculino.

A taxa de positividade foi de 27,4%, com contaminação de 33,6% das amostras.

A taxa de contaminação foi de 50,7% no SC, 8,8% na A, e 34,3% no JM, com uma diferença estatisticamente significativa segundo teste de Fisher ($p < 0,001$).

O microorganismo mais frequentemente identificado foi a E.coli (N=450).

Conclusão:

A taxa de contaminação diverge entre os métodos de colheita, sendo estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

A maior taxa de contaminação ocorre no SC, não sendo negligenciável no JM (34,3%), que é o método de colheita mais usado

PS17. SÍNDROME DE GIANOTTI-CROSTI: UM EXANTEMA A NÃO ESQUECER

1- Mafalda Félix Cabral, 2- Marta Almeida, 3- Filipa Nunes, 4- Frederico Bonito 1,2,3

Serviço de Pediatria, Hospital Garcia de Orta; 1- Área de Pediatria, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central; 4- Serviço de Dermatologia, Hospital Garcia de Orta

Palavras-Chave: Síndrome de Gianotti-Crosti, mononucleose infecciosa, Vírus Epstein-Barr

Introdução: A síndrome de Gianotti-Crosti é uma doença dermatológica pediátrica autolimitada, mais frequente até aos 6 anos, atualmente reconhecida em adolescentes e adultos. É frequentemente associada a infeções virais, mas descrita após imunizações ou infeções bacterianas.

Descrição do caso: Rapaz de 12 anos, saudável, sem imunizações recentes. Observado por odinofagia com cinco dias de evolução e febre com dois dias de evolução, com vômitos associados nos últimos 3 dias. Medicado previamente com penicilina benzatínica intramuscular, sem melhoria. À observação, a salientar hiperémia da orofaringe e exantema papular eritematoso circunscrito a mãos e coxas. Sem organomegalias. Avaliação analítica: hemoglobina 12.2 g/L, leucócitos 13300/uL (neutrófilos 51.3%/6820 e linfócitos 37.6%/5000), AST 25 U/L, ALT 37 U/L, PCR 15 mg/dL. Esfregaço de sangue periférico com alguns linfócitos estimulados. Anticorpos anti-heterófilos positivos. Diagnóstico de mononucleose infecciosa e alta com medidas sintomáticas. Regressou 5 dias depois por agravamento da extensão do exantema, com prurido associado. À observação, exuberante exantema maculo-papular, eritematoso/violáceo, simétrico, de distribuição acral, principalmente nas coxas e membros superiores, com algumas pápulas na face, poupando o tronco. Observação por Dermatologia, com diagnóstico de síndrome de Gianotti-Crosti. Prescrito aceponato de metilprednisolona tópico. Sem lesões cutâneas após um mês.

Discussão: A síndrome de Gianotti-Crosti é rara, mas provavelmente subdiagnosticada, apresentando um diagnóstico diferencial desafiante. A associação com infeção por EBV é frequentemente descrita. Sendo autolimitada, pode ter um curso clínico prolongado, pelo que o diagnóstico é importante para evitar investigações desnecessárias.

PS18. IMPACTO DO APOIO DOMICILIÁRIO NO CUIDADO AOS DOENTES PEDIÁTRICOS COM NECESSIDADES PALIATIVAS E SUAS FAMÍLIAS

1-Joana Magalhães Vasconcelos¹; 2-Diana Pereira¹; 3-António Gama da Silva¹; 4-Emília Fradique^{1,2}; 5-Catarina Salgado^{1,2}; 6-Maria João Manteigas^{1,2} 7-Inês Teixeira^{1,2} 8-Filipa Sobral^{1,2} 9-Maria João Palaré^{1,2}
1- Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN) 2- Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos, Departamento de Pediatria do CHULN

Palavras-Chave: Cuidados Paliativos Pediátricos; Unidade Móvel de Apoio Domiciliário Paliativos; Doentes crónicos complexos

INTRODUÇÃO: Os Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) domiciliários têm como objetivo acompanhar crianças com doença crónica complexa limitante e/ou ameaçadora da vida em ambiente familiar garantindo cuidados clínicos, sociais e psicológicos específicos e diferenciados. **OBJETIVOS:** Identificar doentes seguidos pela Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos (EIHSCPP) que receberam visitas domiciliárias (VD) da Unidade Móvel de Apoio Domiciliário Paliativos de 2019 a 2022 e apresentar uma análise descritiva sobre o seu impacto na admissão no serviço de urgência pediátrico (SUPed) e internamento. **MÉTODOS:** Foi realizada uma consulta dos processos clínicos e análise retrospectiva das VD, admissões no SUPed e internamento de 2019 a 2022.

RESULTADOS: Foram realizadas 374 VD a um total de 58 doentes (d) [2019 VD=51; d=10, média de VD por doente (μ VD)=5,1; 2020 VD=93; d=24; μ VD=3,9; 2021 VD=118; d=25; μ VD=4,7; 2022 VD=112; d=31; μ VD=3,6]. Nos respetivos anos, 80%, 63%, 72% e 71% foram ao SUPed, e 30%, 29%, 60% e 55% foram internados. De 2019 a 2021 verificou-se uma diminuição no número de admissões no SUPed (3,9 para 2,9) e de internamentos (2,1 para 1,3) por doente. Em 2022 observou-se um aumento para 4 admissões no SUPed e 2,2 internamentos, coincidente com uma diminuição de VD por doente.

DISCUSSÃO: De 2019 a 2022 o número de doentes acompanhados pela equipa de CPP domiciliários triplicou, exigindo uma adaptação dos recursos para garantir os cuidados. Verificou-se uma tendência inversa entre o apoio domiciliário por doente e as admissões no SUPed e internamento, o que parece revelar uma necessidade de aumentar o número de VD por doente e consequentemente a respetiva estrutura de apoio.

PS19. PREDISPOSIÇÃO PARA UM LUTO COMPLICADO NA ADOLESCÊNCIA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

1-Eduarda Rodrigues Costa; 2-Joana Botelho Vieira; 3-Marisa Gomes; 4-Carolina Costa

1 a 4: Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência, CHULN

Palavras-chave: luto complicado; adolescência

Introdução: A Perturbação de Luto Complicado Persistente consta na secção III do DSM 5 e é definida quando os sintomas de luto têm um impacto funcional significativo e ocorrem por mais de 6 meses após a perda, no caso de crianças e adolescentes. A maioria dos processos de luto são adaptativos, no entanto e a propósito de um caso clínico, pretende-se investigar que fatores podem predispor para um luto complicado na adolescência, bem como a utilidade de uma intervenção terapêutica preventiva.

Descrição do caso: Adolescente, 13 anos, género feminino, vítima de acidente de viação que vitimou a mãe, a irmã e no qual o pai ficou em estado grave. Natural do Brasil, encontra-se em Portugal há cerca de um ano, sendo apurada sintomatologia ansiosa, no contexto desta adaptação. Na data da primeira consulta de Pedopsiquiatria, cerca de um mês após o acidente, encontra-se ao cuidado dos avós maternos. Identifica-se uma insónia intermédia, bem como períodos frequentes de agitação psicomotora, em que se agride. Ao exame do estado mental, destaca-se um humor depressivo, com afetos congruentes, mas aplanados, não se apurando outros comportamentos autolesivos ou ideação suicida.

Discussão do caso: A jovem apresenta diversos fatores de risco para desenvolvimento de um luto complicado nomeadamente o género feminino, o contexto súbito e violento da morte, o vínculo próximo com as pessoas perdidas, a sintomatologia ansiosa prévia e o seu contexto socioeconómico. Apesar de não existir evidência

para intervenções terapêuticas preventivas de luto complicado, o conhecimento destes fatores de risco permite uma maior adequação da intervenção às necessidades específicas da jovem e da sua família.

PS20. GLAUCOMA CONGÊNITO: A PISTA PARA UM DIAGNÓSTICO SISTÊMICO

Duarte, Susana^{1,2}; Peschiera, Riccardo¹; Barata, André¹; Passos, João³; Faria, Cláudia⁴; Abegão Pinto, Luís^{1,2}; Brito, Cristina¹; Teixeira, Filipa^{1,2}

1 – Serviço Oftalmologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, 2 – Clínica Universitária de Oftalmologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, 3 – Instituto Português de Oncologia, Lisboa, 4 – Serviço Neurocirurgia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Palavras-chave: Glaucoma congénito, Neurofibromatose tipo 1

Introdução: O glaucoma é uma manifestação ocular rara de neurofibromatose tipo 1 (NF1), particularmente em crianças⁽¹⁾⁽²⁾. Até aos 3 anos de idade, geralmente apresenta-se com bftalmos, auxiliando o diagnóstico⁽³⁾.

Caso Clínico: Descreve-se o caso de um recém-nascido, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo, desde o nascimento com assimetria dos globos oculares [olho esquerdo (OE) maior] e massa violácea difusa na pálpebra superior esquerda. Ao exame oftalmológico destacava-se no OE bftalmos, turvação da córnea, que impossibilitava a fundoscopia, e pressão intraocular (PIO) elevada. Dado o diagnóstico de glaucoma foi medicado com colírios anti-hipertensores. Por suspeita de tumor ocular primário, foi pedida ressonância magnética (RM) urgente, que revelou displasia da grande asa do esfenóide, neurofibroma cavernoso com invasão do ápex da órbita à esquerda e neurofibroma plexiforme (NP) da pálpebra esquerda, aspetos imagiológicos sugestivos de NF1. Após discussão multidisciplinar com oncologia e neurocirurgia optou-se por iniciar inibidor MEK sistémico (trametinib). Aos 7 meses, o estudo molecular confirmou o diagnóstico de NF1. Apesar de múltiplas cirurgias (LASER corpo ciliar, trabeculotomia e Preserflo[®]) a PIO manteve-se elevada e observou-se progressão da neuropatia óptica glaucomatosa. A RM aos 4 meses revelou estabilidade tumoral. Mantém seguimento em Oftalmologia, estando em discussão nova intervenção cirúrgica.

Discussão: Perante o diagnóstico de glaucoma congénito, devem sempre excluir-se etiologias secundárias a outras doenças oculares ou sistémicas, incluindo a NF1⁽³⁾. Na NF1, o curso clínico e o tratamento do glaucoma são complexos⁽⁴⁾. Os inibidores MEK têm mostrado uma resposta promissora na redução de NP⁽⁵⁾.

PS21. CUIDADOS PALIATIVOS PERINEONATAIS – CASUÍSTICA DE 8 ANOS

Zakhar Shchomak^{1,3}, Graça Roldão¹, Anabela Cunha², Susana Santo², Maria Afonso², Graça Olveira^{1,3}

1 – Serviço de Neonatologia, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. 2 – Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. 3 – Clínica Universitária de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa.

Palavras-Chave: cuidados paliativos perineonatais

INTRODUÇÃO - Estima-se existam cerca de 6000 crianças com necessidades paliativas em Portugal, sendo a maioria no período peri-neonatal e com a mortalidade superior a 50% no primeiro ano de vida. A criação de Equipas de Cuidados Paliativos Perineonatais (CPPN) é regulamentada desde 2018, contudo a nossa equipa iniciou trabalho de terreno em 2015.

MÉTODOS - Análise retrospectiva de processos clínicos das díadas RN/feto-famílias seguidas pela equipa dos CPPN de 2015 a 2022.

RESULTADOS - Foram acompanhadas no total 87 díadas RN/feto-família. O diagnóstico pré-natal era conhecido em 35 casos (40,7%). A mortalidade foi de 73,3%, tendo o óbito ocorrido com uma mediana de 4 dias (mín 0; máx 188). A maioria dos casos (68,6%) tinham origem no nosso estabelecimento e restantes foram transferências externas.

Em relação aos diagnósticos: 41 (47,7%) apresentavam anomalias congénitas; 17 (19,8%) patologia neonatal grave; 14 (16,3%) encefalopatia hipóxico-isquémica e 7 (8,1%) eram casos de periviabilidade.

Em 60,5% foi realizada reunião multidisciplinar e em 58,1% foi elaborado plano de cuidados antecipados. Autópsia foi realizada em 37,2% e avaliação por Genética foi solicitada em 25,6%. Controlo sintomático e medidas de conforto foram instituídas em 68 casos (79,1%), maioria em forma de sedoanalgesia. Relatório de óbito foi fornecido em 58 casos (67,4%). Apoio psicológico, espiritual e social foram fornecidos em 52,3%, 59,3% e 61,6% dos casos, respetivamente.

CONCLUSÕES - Verificou-se ao longo dos anos um aumento progressivo dos cuidados proporcionados o que traduz melhor qualidade na prestação de cuidados de saúde. A mortalidade e a presença de anomalias congénitas foram significativas na nossa amostra.

PS22. SERÃO TODAS AS PÚRPURAS GRAVES? – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Catarina Mendonça , Gonçalo Passos Croca , Mariana Viegas, Bárbara Marques, Anabela Bicho

Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Oeste - Caldas da Rainha

Palavras-Chave: Edema hemorrágico agudo da infância; púrpura

INTRODUÇÃO: O edema hemorrágico agudo da infância (EHAI) é uma vasculite leucocitoclástica precedida por infeções virais, medicação ou imunizações, entre os 4 e os 24 meses. Caracteriza-se por lesões purpúricas exuberantes na face, pavilhões auriculares e extremidades, numa criança com ótimo estado geral. Benigna e autolimitada, tem resolução total em 1-3 semanas.

DESCRIÇÃO DE CASO: Lactente 8 meses, sexo masculino, sem antecedentes relevantes, recorreu à urgência por rinorreia serosa e tosse seca com 4 dias de evolução, apresentando também lesões purpúricas, indolores, não pruriginosas, dispersas. Negava febre, sintomatologia gastrointestinal, urinária ou imunizações recentes. Manutenção do bom estado geral. Terapêutica com antibioterapia tópica por conjuntivite no mês anterior. Ao exame objetivo apresentava bom aspeto geral, com lesões purpúricas dispersas: 2 lesões na hemiface direita, a maior de 2x2mm; lesão no pavilhão auricular esquerdo com edema da hélix; lesão em alvo no dorso da mão direita cerca de 20x20mm e cotovelo 15x20mm com edema do antebraço direito, sem limitação da mobilidade. Outras lesões semelhantes nos membros inferiores. Sem outras alterações à observação. Analiticamente com leucócitos 20 200/uL (neutrófilos 29,5%, linfócitos 55,7%), VS 70 segundos, PCR 5,6mg/dL; teste rápido de urina sem alterações. Dada a clínica típica, sem sinais de alarme, assumiu-se EHAI. Reobservado 3 semanas depois, com resolução quase completa das lesões, mantendo mácula remanescente no dorso da mão direita.

DISCUSSÃO: Apesar de rara, esta entidade não deve ser esquecida pelo pediatra. O aspeto geral da criança deve ser sempre tido em conta, mesmo associado a lesões exuberantes. O diagnóstico precoce é fundamental, de forma a evitar investigações desnecessárias.

PS23. COLESTASE NEONATAL E ANEMIA - UM DILEMA COM RESPOSTA GENÉTICA

1- Rita Melo Parente, 2- Mariana Poppe, 3- Carolina A. Gonçalves, 3- Sara Azevedo, 4- Maria João Paláre, 5- Anabela Ferrão

1- Serviço Pediatria, Centro Hospitalar Barreiro Montijo; 2- Serviço Pediatria, Hospital Beatriz Ângelo, 3-6 Departamento Pediatria Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Palavras-Chave: Esferocitose, Icterícia neonatal; Colestase,

Introdução: A colestase define-se por hiperbilirrubinemia conjugada (>1mg/dL) e resulta da diminuição da produção/excreção de biliar. Após exclusão de atresia das vias biliares, devem ser consideradas também causas obstrutivas, infecciosas ou genéticas. Na presença de anemia concomitante, devem ser investigadas causas hemolíticas.

Caso clínico: Recém-nascido filho de pais consanguíneos, gestação vigiada, parto de termo eutócico sem intercorrências, peso adequado à idade gestacional.

Icterícia nas primeiras 24h de vida com critérios de fototerapia, sem colúria ou acolia. Analiticamente com hiperbilirrubinemia conjugada e anemia, sem isoimunização.

Verificou-se agravamento da colestase (bilirrubina total 18mg/dL, direta 10mg/dL) com disfunção hepática (AST 335U/L, ALT 135U/L, GGT 201U/L, FA 1224U/L) e agravamento da anemia (Hb 8g/dL) com reticulocitose e necessidade transfusional. Realizou ecografia abdominal com hepatomegalia, sem alterações das vias biliares. Foi excluída infeção do grupo TORCH e o estudo endocrinológico e metabólico foi negativo. A investigação de anemia hemolítica hereditária revelou estudo da membrana do eritrócito compatível com esferocitose hereditária (EH), confirmada por estudo genético com deleção gene SPTA1 em homozigotia. O painel genético de colestase neonatal mostrou variante de significado incerto, que em associação com a EH poderá ter contribuído para o quadro clínico de colestase.

Atualmente anictérico e com normalização das alterações laboratoriais.

Discussão: Perante um caso de colestase neonatal e anemia, as causas hemolíticas não devem ser esquecidas, mesmo que existam outras etiologias associadas. Este caso destaca a importância do estudo genético no diagnóstico diferencial de icterícia neonatal.

PS24. COMPLICAÇÃO DE DACRIOCISTOCELO EM LACTENTE

1. Martins, Beatriz; 2. Vieira, Maria, 3. Fernandes, Ana Rita, 4. Peça, Rita, 5. Rodrigues, Inês, 6. Teixeira, Filipa, 7. Gonçalo Marques, José

1, 2: Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, HSM, Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte; 3, 4: Serviço de Otorrinolaringologia, HSM, Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte; 5: Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Médio Tejo; 6: Serviço de Oftalmologia, HSM, Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte e Clínica Universitária de Oftalmologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa; 7: Unidade de Infeciologia e Imunodeficiência, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, HSM, Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte e Clínica Universitária de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa;

Palavras-Chave: Dacriocistite aguda; canal lacrimal; *Aggregatibacter aphrophylus*

Introdução: O dacriocistocelo no lactente resulta da obstrução congénita do canal lacrimo-nasal, podendo complicar com dacriocistite aguda (DCA). A DCA é usualmente causada por bactérias Gram positivo. *Aggregatibacter aphrophilus*, bactéria do grupo HACEK, não está descrita como causa de DCA no lactente.

Caso Clínico: Lactente de 2 meses com epífora e exsudado ocular desde o nascimento e obstrução do canal lacrimal. Observado com 2 semanas de evolução de hiperemia conjuntival esquerda, exsudado purulento e adicionalmente aparecimento de edema, hiperemia periocular e tumefação da região do saco lacrimal, sob cloranfenicol e ácido fusídico tópicos. Apirética. Análises: neutrofilia e proteína C-reativa elevada. Isolou-se *Aggregatibacter aphrophilus* no exsudado ocular. Tomografia Computorizada das órbitas: dacriocistocelo, 13x12mm no plano axial, espessamento dos tecidos moles periorbitários à esquerda, sem atingimento pós-septal. Repetiu exame microbiológico do exsudado ocular: *A. aphrophilus* e *Streptococcus intermedius*. Iniciou amoxicilina-ácido clavulânico endovenoso (EV), gentamicina tópica e massagem lacrimo-nasal (Crigler). Houve redução da inflamação mas agravamento do abscesso do saco lacrimal (flutuação e fistulização iminente). Fez-se drenagem externa com evolução favorável. Cumpriu antibioticoterapia: 14 dias EV e 13 dias tópica. Mantém acompanhamento em Oftalmologia, massagem de Crigler regular, sem novos episódios de infeção.

Conclusão: Este caso reflete o potencial de complicação da obstrução congénita do canal lacrimo-nasal, com dacriocistocelo, dacriocistite, celulite periorbitária e abscesso, com a particularidade do isolamento de *A. aphrophilus*.

P1. DIREITO AO CONSENTIMENTO NOS CUIDADOS DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM

1 - Inês Queiroz de Barros

Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE – Hospital Santa Maria. Serviço de Urgência Pediátrica

Palavras-Chave: Direito da Saúde; Consentimento; Criança; Jovem; Enfermagem.

Os enfermeiros devem adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses dos cidadãos. O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica utiliza o modelo conceptual centrado

na criança e família encarando sempre este binómio nos seus cuidados. Assim, fica simultaneamente obrigado a cumprir os princípios e normas que decorrem do ornamento jurídico português, que invocam uma especial proteção da criança e do jovem face à sua especial vulnerabilidade.

Foi realizada uma revisão da literatura narrativa, consistindo numa análise da literatura recente, de modo a obter-se uma síntese, não generalizável, no que diz respeito, ao Direito ao Consentimento em saúde da criança e do jovem.

A Resolução da Assembleia da República nº 1/2001, de 3 de Janeiro, através do artigo 6º “Proteção das pessoas que careçam de capacidade para prestar o seu consentimento” enuncia três critérios na decisão sobre uma intervenção de saúde dirigida a um menor, sendo o primeiro o benefício direto do mesmo, a autorização do representante legal e por fim, a opinião do menor em função da sua idade e do seu grau de maturidade. A decisão do profissional de saúde sobre o consentimento deve ter em conta os 3 requisitos mencionados, dando a mesma importância a cada um deles, tentando que os representantes legais e o menor concordem com a intervenção para seu benefício direto.

Em nenhuma circunstância as decisões dos pais sobre intervenções de saúde dos seus filhos podem, de alguma forma, direta ou indiretamente, prejudicar a sua saúde. Assim, a representação legal pode, por via judicial, ser retirada e atribuída a outra pessoa ou entidade.”

P2. AS APARÊNCIAS ILUDEM... EDEMA HEMORRÁGICO AGUDO DA INFÂNCIA – UM DIAGNÓSTICO A TER EM CONTA

1-Clara Picão de Carvalho; 2-Miguel Bernardo; 3-Brígida Robalo

1,2,3 - Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, CHULN

Palavras-Chave: Edema hemorrágico agudo da infância, púrpura, vasculite leucocitoclástica

Introdução:

O edema hemorrágico agudo da infância (EHA) é uma entidade rara e benigna, que ocorre tipicamente nos dois primeiros anos de vida, com predomínio no sexo masculino e no período de inverno. Classicamente, caracteriza-se pelo aparecimento de lesões purpúricas com distribuição pela face, pavilhões auriculares e membros, acompanhadas de edema acral e febre baixa. A exuberância das lesões cutâneas contrasta habitualmente com o bom estado geral da criança e curso benigno da doença.

Descrição de Caso

Criança de 32 meses, sexo masculino, previamente saudável, observado no serviço de urgência por aparecimento de lesões cutâneas dispersas e mialgias dos membros inferiores, com um dia de evolução. História de febre e coriza cerca de uma semana antes. À observação: bom estado geral, febre baixa, lesões maculopapulares eritematosas/purpúricas coalescentes na face, pavilhões auriculares, tronco, membros superiores e inferiores e discreto edema das extremidades, sem artrite. Realizou-se avaliação analítica, incluindo hemograma completo e estudo da coagulação, sem alterações. Admitiu-se o diagnóstico de EHA, tendo alta sob medidas sintomáticas.

Discussão

O EHA corresponde a uma vasculite leucocitoclástica da infância, possivelmente mediada por imunocomplexos produzidos na sequência de infeção, vacinação ou administração de fármaco recente. Faz diagnóstico diferencial com outras causas de púrpura, incluindo doença meningocócica, que deve ser sempre excluída.

Esta entidade segue habitualmente um curso benigno e autolimitado, resolvendo em uma a três semanas, sem sequelas.

Com este caso, os autores pretendem alertar para esta entidade rara e habitualmente benigna, a fim de evitar investigação e/ou intervenções desnecessárias.

P3. QUANDO SUSPEITAR DE UM “SÍNDROME RAPUNZEL” - CASO CLÍNICO

Vânia Oliveira, Rodrigo Roquette, Elizabete Vieira, Miroslava Gonçalves

Serviço de Cirurgia Pediátrica, Hospital Santa Maria

Palavras-Chave: Tricobezoar gástrico, epigastrialgia, distensão abdominal, perda ponderal

Introdução: Tricobezoar é uma entidade clínica rara, definida como um corpo estranho resultante da acumulação de cabelos ingeridos, comumente encontrado no estômago e porções proximais do delgado. É principalmente observado em raparigas adolescentes com perturbações comportamentais como tricotilomania, tricofagia e outros distúrbios do foro psiquiátrico.

Descrição do caso: Adolescente do sexo feminino de 12 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, com quadro de dor abdominal com 2 meses de evolução, com períodos de agravamento associados a ingestão alimentar, acompanhado de perda ponderal (10%). Negava ingestão de corpos estranhos, vômitos, tosse ou engasgamento. Objetivamente, o abdómen depressível, era doloroso à palpação do hipocôndrio direito e epigástrico. Ecografia abdominal, com marcado artefacto em topografia intra-gástrica. A tomografia computarizada documentou volumosa área intraluminal gástrico que preenchia a maioria do estômago. Submetida a laparotomia exploradora, com identificação de volumoso tricobezoar que foi totalmente removido por gastrostomia, e realizado encerramento posterior do estômago em dois planos. A orientação pela Pedopsiquiatria iniciou-se ainda no internamento, e manteve após a alta, que se verificou ao 9º dia.

Discussão: Somente uma correta interpretação da anamnese e dos sinais clínicos e imagiológicos, aliada a um elevado grau de suspeição, permitirá um diagnóstico e tratamento atempados. Embora o Tricobezoar seja uma entidade rara, deve ser considerado em adolescentes com sintomas digestivos acompanhados de alopecia. Para o sucesso terapêutico é imperativo o acompanhamento psiquiátrico para tratar, e prevenir recidivas.

P4. TRANSGERACIONALIDADE DOS COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS – VULNERABILIDADE NEUROCOGNITIVA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

1- Joana Botelho Vieira; 2- Eduarda Costa; 3- M. João Lobarinhas; 4- Ricardo Manuel Delgado; 5- Carolina Costa

1 a 4 – Interno de Formação Específica de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. 5 – Assistente Hospitalar de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Palavras-Chave: Suicide, familiar suicide, neurocognitive function, child and adolescents

Introdução: Os comportamentos do espectro suicidário podem ter um componente familiar, o que torna particularmente relevante a descoberta de endofenótipos que possam mediar essa transmissão. Os défices neurocognitivos têm sido propostos como um fator importante envolvido na transgeracionalidade do suicídio, maioritariamente na população adulta com episódios depressivos major; em crianças e adolescentes, esta associação parece ser menos evidente e encontra-se também menos estudada.

Objetivo: Compreender o papel que a função neurocognitiva desempenha na população de crianças e adolescentes com comportamentos suicidários e estudar a sua associação com a história familiar de suicídio.

Metodologia: Revisão bibliográfica não sistemática da evidência científica disponível na plataforma PubMed, relativamente à existência de défices neurocognitivos em crianças e jovens com comportamentos suicidários.

Resultados e Conclusão: A evidência sugere que a presença de história familiar de suicídio é um fator de risco muito pertinente para problemáticas psicossociais, perturbações psiquiátricas e comportamentos suicidários em crianças e adolescentes. Foram identificadas alterações neurocognitivas em indivíduos com comportamentos suicidários, como défice da função executiva, da linguagem e da atenção. Dentro da população pedopsiquiátrica com comportamentos suicidários, a consideração de eventuais défices nestas funções executivas poderá complementar a avaliação do risco suicidário, ajudando a identificar os jovens

com maior risco de executar uma tentativa de suicídio e, conseqüentemente, ajudar na prevenção e tratamento dos comportamentos suicidários.

P5. CUIDADOS NA PREVENÇÃO, MONITORIZAÇÃO E TRATAMENTO DAS LESÕES DA PELE NO RECÉM-NASCIDO INTERNADO NA UNIDADE DE CUIDADOS DE INTENSIVOS NEONATAIS

1-Liliana Abreu; 2-Carina Pinheiro; 3-Inês Quental; 4-Graça Roldão; 5-Joana Silva; 6-Laura Silva

1- UCIN, HSM; 2-UCIN, HSM; 3-UCIN, HSM; 4-UCIN, HSM; 5-UCIN, HSM; 6-UCIN, HSM;

Palavras-Chave: Lesão; Pele; Recém-Nascido; Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Introdução

A pele é o maior órgão do corpo humano e é responsável por várias funções como proteção de barreira contra a perda de água, controlo da absorção de substâncias, termorregulação, controlo da infeção, regulação hidroeletrólítica e função sensorial tátil. Os recém-nascidos (RN) apresentam vulnerabilidade acrescida, não só pelo facto de estarem doentes e internados na UCIN, mas também, pela imaturidade estrutural da sua pele. Os mecanismos associados à lesão da pele são: mecânicos, térmicos, químicos, infecciosos, vasculares e/ou congénitos.

Objetivos

- Uniformizar os procedimentos na prevenção das lesões da pele do RN;
- Promover a monitorização das diferentes lesões da pele;
- Elaborar orientações no tratamento das lesões.

Métodos

A metodologia utilizada foi a preconizada pela Ordem dos Enfermeiros, através do “Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”. Tivemos presente a evidência científica mais recente, assim como a importância da criação de indicadores mensuráveis, na sustentação e visibilidade dos cuidados de enfermagem.

Este projeto contempla: realizar ações de formação em serviço; elaborar normas sobre a avaliação e tratamento das lesões da pele; criar uma base de dados que contemple os diferentes tipos de lesão, com o respetivo tratamento adotado bem como a idade gestacional e idade pós-menstrual; identificar indicadores de qualidade.

Resultados e Conclusões

Análise dos dados que reflita a taxa de incidência e de prevalência, para melhor adequar a prestação de cuidados de enfermagem e criação de novas condutas/ orientações à equipa. A manutenção da integridade cutânea é a chave para a sobrevivência, mas um desafio para cuidar dos RN.

P6. ALEITAMENTO MATERNO :CONHECIMENTO DOS SEUS BENEFÍCIOS E PREVALÊNCIA AOS 6 MESES

Rubén Oliveira e Graça Oliveira

CHULN

Palavras-Chave: Aleitamento Materno; Leite Humano; Benefícios; Prevalência

As vantagens do aleitamento materno na saúde da mãe e da criança estão bem documentadas e estendem-se muito além do período de amamentação, trazendo benefícios em todo o ciclo de vida. A nível mundial, apenas 44% dos bebés com menos de 6 meses são alimentados exclusivamente com leite materno, sendo a taxa em Portugal igualmente insatisfatória.

Objetivos: Verificar a associação entre o conhecimento dos benefícios da amamentação e a prevalência aos 6 meses.

Material e Métodos: Estudo baseado num questionário criado no Google Forms destinado a mulheres residentes em Portugal que foram mães em 2019, 2020 e 2021, e divulgado nas redes sociais Facebook e Instagram. Para averiguar o conhecimento das mães face aos benefícios do AM, foram enumerados 9

associados à criança e 4 associados à mãe e cada um deles era passível de ser assinalado. Análise estatística efetuada através do programa SPSS.

Resultados e Discussão: Das 700 mulheres incluídas no estudo (idade média 32,9 ± 4,79 anos), 57,7% eram primíparas e 70% eram licenciadas ou com mestrado. 14,6% não tinham conhecimento de nenhum dos benefícios mencionados relativos à saúde da mulher e 8,6% não tinham conhecimento relativos à criança. O número médio de conhecimentos é mais elevado nas mulheres que consideraram que os profissionais de saúde as informam dos mesmos, sendo que quase metade (49,4%) considerou não ter sido informada convenientemente, e também mais elevado nas mulheres que amamentaram até aos 6 meses.

Conclusão: mães com um maior número de conhecimentos sobre os benefícios da amamentação, amamentaram mais tempo. A literacia das mães sobre o tema, com contributo dos profissionais de saúde como fonte de informação, pode ser uma arma poderosa para atingir taxas de amamentação mais altas.

P7. UMA COMPLICAÇÃO INCOMUM PÓS-EXTRAÇÃO DENTÁRIA

1 - Patrícia B. Silva; 2 - Margarida Caldeira; 3 - Maria Duarte; 4 - Marta Valério; 5- Liza Aguiar; 6- Aldina Lopes
1- Serviço de Pediatria, Hospital de Santarém; 2- Serviço de Pediatria, Hospital de Santarém; 3 - Serviço de Pediatria, Hospital de Santarém; 4 - Serviço de Pediatria, Hospital de Santarém; 5 - Serviço de Pediatria, Hospital de Santarém; 6 - Serviço de Pediatria, Hospital de Santarém

Palavras-Chave: infeções peri-amigdalinas; cáries dentárias; infeção odontogénica

Introdução

As infeções peri-amigdalinas e cervicais profundas, raras em pediatria, podem cursar com complicações graves, incluindo obstrução das vias aéreas com risco de vida, se não detetadas precocemente.

Descrição

Adolescente de 16 anos, sexo masculino, recorre ao SUP de um hospital nível II por odontalgia e edema cervical à direita de agravamento progressivo, odinofagia e disfagia. Refere extração dentária 5 dias antes. À observação, queixoso, trismus e edema da região malar e inframaxilar direita.

Analiticamente com aumento de parâmetros inflamatórios (PCR 10,29 mg/dL). A TC cervical revelou “marcado espessamento sublingual (...) coleção abcedada sublingual direita, com 20x6mm (...) desvio da coluna aérea para a esquerda com redução do calibre (15 x 9 mm) com extensa infiltração do espaço parafaríngeo direito (...) espaço retrofaríngeo aparentemente acometido (...) risco de extensão do processo infeccioso ao mediastino (...) e múltiplas cáries dentárias”.

Por agravamento súbito com sensação de dispneia e estridor, iniciou corticoterapia e antibioterapia endovenosa (AAC, Clindamicina e Metronidazol), foi transferido pelo TIP para um hospital terciário com apoio ORL e UCIPed, tendo-se optado terapêutica conservadora. Por melhoria clínica, regressou ao hospital de residência para continuação de cuidados. Após observação pela ORL, teve alta para a Unidade de Hospitalização Domiciliária para manutenção de antibioterapia EV, com resolução do quadro.

Conclusão

As infeções cervicais profundas constituem casos de gravidade acrescida, devendo sempre considerar-se o comprometimento da via aérea, que constitui uma emergência. A infeção odontogénica é uma das principais etiologias, pretendendo-se alertar para a necessidade de cuidados de saúde oral.

P8. AMBIENTE E EPIGENÉTICA: A RECEITA PARA A PSICOPATOLOGIA?

1-Eduarda Rodrigues Costa; 2-Joana Botelho Vieira; 3-Marisa Gomes; 4-Carolina Costa; 5-Cristina Rebordão
1 a 5: Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência, Centro Hospitalar Lisboa Norte

Palavras-Chave: epigenética; experiências adversas precoces; psicopatologia

Introdução: As experiências adversas precoces (EAP) estão associadas a um maior risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, autoimunes e de psicopatologia. Os mecanismos epigenéticos são potenciais mediadores da resposta fisiológica às EAP, alterando a expressão génica, sem alterar a sequência de ADN.

Através de mudanças na regulação dos sistemas envolvidos na resposta ao trauma, os mecanismos epigenéticos podem explicar o impacto que as EAP têm na saúde mental.

Objetivos: Perceber qual o estado da literatura sobre os mecanismos epigenéticos associados às EAP e consequente desenvolvimento de psicopatologia.

Métodos: Estudo de revisão narrativa, com pesquisa na base de dados PubMed com as palavras-chave “epigenetics”, “adverse childhood experiences” e “mental health”.

Resultados: Os efeitos biológicos da resposta ao trauma, nomeadamente a ativação crónica do sistema simpático e do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal provocam uma disfunção neuroendócrina e imune, com alterações no sistema de produção de cortisol, mediada por mecanismos epigenéticos. O mecanismo epigenético mais estudado é a metilação do ADN, sendo que a metilação do gene do recetor do glicocorticóide (NR3C1), no contexto de EAP, tem vindo a ser relacionada com uma maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de psicopatologia.

Conclusão: As alterações epigenéticas estão implicadas na resposta fisiológica das EAP, sendo necessária mais investigação sobre os mecanismos pelas quais ocorrem. A resposta biológica ao trauma crónico tem implicações importantes na saúde mental. No futuro, estas alterações epigenéticas podem ter, não só potencial diagnóstico como também de previsão da resposta ao tratamento.

P9. PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO: CAUSA OU CONSEQUÊNCIA?

1- Marisa M. Gomes; 2- Eduarda Costa; 3- Joana Botelho Vieira; 4- Rita Teixeira; 5- Teresa Goldschmidt
Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência (SPSMIA), Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN)
Palavras-Chave: PHDA; Bipolar "Introdução: A Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA) e a Perturbação Bipolar (PB) são patologias do foro mental com importante sobreposição de sintomas e critérios de diagnóstico, o que dificulta a sua distinção. Na população pediátrica estima-se que a taxa de comorbilidade destes diagnósticos atinja os 20%, influenciando a gravidade do curso da doença. Não obstante, permanece pouco clara a natureza da correlação entre estas duas perturbações.

Objetivos: Aferir as teorias atuais expostas na literatura acerca da correlação entre a Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção e a Perturbação Bipolar.

Métodos: Revisão narrativa baseada em artigos pesquisados na base de dados Pub-Med com as seguintes palavras-chave: “ADHD”, “bipolar”, “children” e “adolescent”.

Resultados: Surgem, na literatura, 4 teorias principais para descrever a interligação entre a Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção e a Perturbação Bipolar:

- PHDA como pródromo de PB;
- PHDA e PB como comorbilidades;
- PHDA-PB como entidade clínica única/ fenótipo distinto;
- Dificuldade no diagnóstico diferencial com sobrediagnóstico de PHDA e PB.

Conclusão: Apesar de ser consensual a existência de uma correlação entre a Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção e a Perturbação Bipolar, os seus trâmites permanecem mal definidos. Um maior número de estudos prospetivos fidedignos seria uma ferramenta importante para diagnósticos cada vez mais adequados e precoces, permitindo a instituição de terapêutica psicofarmacológica mais ajustada às necessidades dos doentes e, desta forma, prestar melhores cuidados de saúde.

P10. NA DÚVIDA, É PRECISO ATUAR

Ana G. Magalhães¹; Ana Paula Martins¹; Miroslava Gonçalves

¹ Cirurgia Pediátrica, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Palavras-chave: dor inguinal, testículo, orquiepididimite, criptorquidismo, hérnia inguinal

As dores abdominal e na região inguinal, são causas frequentes de vindas ao serviço de urgência e o diagnóstico diferencial pode-se tornar, um desafio. A hérnia inguinal pode encarcerar e nestes casos,

caracteriza-se por uma tumefação inguinal, irreduzível e dolorosa , por vezes com sinais inflamatório. Os diagnósticos diferenciais são vários nomeadamente: adenopatias inguinais, hidrocele, testículos retráteis, testículos criptorquídicos e as suas respetivas complicações.

Apresentamos o caso de uma criança, 6 anos, sexo masculino, sem antecedentes pessoais de relevo, transferida de um hospital distrital por suspeita de hérnia inguinal encarcerada. Referia uma dor na região inguinal esquerda com uma semana de evolução, e com agravamento progressivo e aparecimento recente de tumefação e sinais inflamatórios locais .

Ao exame objetivo apresentava uma tumefação inguinal esquerda muito dolorosa , com edema e eritema local. Constatou-se testículo esquerdo não palpável na bolsa escrotal esquerda . Pela impossibilidade de realizar um exame de imagem , foi submetida a cirurgia de urgência com o diagnóstico possível de torção testicular. Constatou-se em intra-operatório um processo inflamatório intenso a nível da região inguinal e um testículo criptorquideo com sinais inflamatórios , compatível com orquiepididimite, tendo sido possível realizar orquidopexia.

Conclusão: A orquiepididimite é um diagnóstico diferencial possível num testículo criptorquideo e para resolução implica terapêutica médica. Na ausência de um exame imagiológico, nomeadamente ecografia, a torção testicular tem de ser considerada, sendo a cirurgia, mandatória.