Revista da AMRIGS

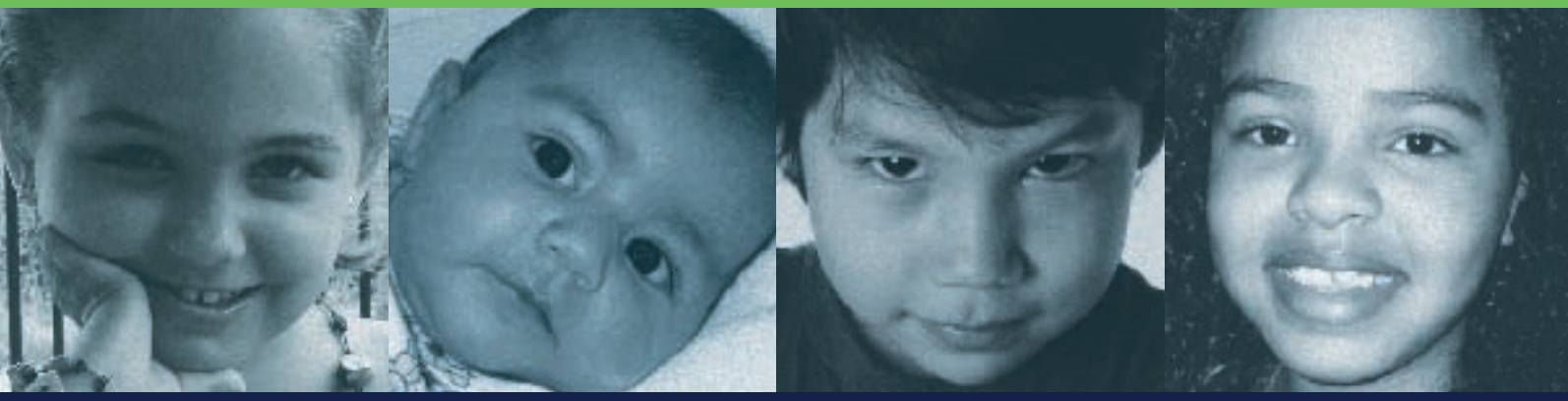
Publicação Oficial de Divulgação Científica da Associação Médica do Rio Grande do Sul - www.revistadaamrigs.org.br

Revista da AMRIGS – BL ISSN 0102 – 2105 – Vol. 55 – Nº2 – ABR./JUN. 2011 / Suplemento



IV CONGRESSO GAÚCHO DE ATUALIZAÇÃO EM PEDIATRIA

II Simpósio Sul-Americano de Pediatria



Encontro Anual da SRS

Porto Alegre, Centro de Eventos da PUCRS 7 a 9 de julho de 2011

ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO RIO GRANDE DO SUL

Entidade filiada à Associação Médica Brasileira – AMB
Fundação em 27/10/1951 – Av. Ipiranga, 5311 –
CEP 90610-001 – Porto Alegre – RS – Brasil
Tel.: (51) 3014-2001
www.amrigs.org.br

DIRETORIA DA AMRIGS 2008/2011
Presidente: Dr. Dirceu Rodrigues
Diretor Administrativo: Dr. Renato Lajús Breda
Diretor de Finanças: Dr. Alfredo Floro Cantalice Neto
Diretor do Exercício Profissional: Dr. Jorge A. B. Telles
Diretor Científico: Dr. Antonio Carlos Weston
Diretor de Assistência e Previdência: Dr. Marcelo S. Silveira
Diretor de Normas: Dr. Jair Rodrigues Escobar
Diretor de Relações Associativas e Culturais:
Dr. Jorge Utaliz Silveira
Diretor de Assuntos do Interior: Dr. Bernardo Avelino Aguiar

REVISTA DA AMRIGS

Editor Executivo: Prof. Dr. Renato Borges Fagundes
Editores Associados: Prof. Dr. Fernando Kowacs
Profa. Dra. Sandra Maria Vieira
Editora Honorífica: Profa. Dra. Themis Reverbel da Silveira

Conselho Editorial Internacional:
Juan Pablo Orcajada, MD, PhD (Hospital Universitario del Mar de Barcelona – Espanha), Ricardo Farre, PhD (Catholic University of Leuven – Bélgica), Eduardo De Stefani, MD (National Cancer Registry, Montevideo – Uruguai), Lissandra Dal'Ago, MD, PhD (Universidade Livre de Bruxelas – Bélgica)

Conselho Editorial Nacional:
Prof. Dr. Airton Stein (UFCSPA – POA – RS)
Prof. Dr. Altacilio Aparecido Nunes (USP – Ribeirão Preto – SP)
Prof. Dr. Antônio Pazin Filho (USP – Ribeirão Preto – SP)
Prof. Dr. Edson Zangiacomi Martinez (USP – Ribeirão Preto – SP)
Prof. Dr. Eduardo Barbosa Coelho (USP – Ribeirão Preto – SP)
Dr. Ilmar Kohler (ULBRA – POA – RS)
Prof. Dr. Joel Alves Lamounier (UFMG – B.Horizonte – MG)
Prof. Dr. Júlio Cezar Uili Coelho (UFP – Curitiba – PR)
Prof. Dr. Lauro Wichert Ana (USP – Ribeirão Preto – SP)
Profa. Dra. Luane Marques de Mello (USP – Ribeirão Preto – SP)
Prof. Dr. Marcelo Carneiro (UNISC – Santa Cruz do Sul – RS)
Prof. Dr. Paulo Augusto Moreira Camargos
(UFMG – Belo Horizonte – MG)
Profa. Dra. Themis Reverbel da Silveira (UFRGS – POA – RS)

Equipe administrativa: Ivan Carlos Guareschi (Gerente Executivo), Deisy de Azeredo Rosa (Supervisora UniAmrigs), Márcia Leandra Baldasso (Assistente Administrativo), Claudio dos Santos Nunes (Assistente Administrativo), Daniel Bueno (Tradutor)

Revisão: Camila Kieling
Editoração: Marta Castilhos

Comercialização e contato: AMRIGS
Fones: (51) 3014-2015 ou (51) 3014-2016
revista@amrigs.org.br

Indexada na base de dados LILACS.
Filiada à ABEC.

Associação Brasileira de Editores Científicos
ABEC

Revista da AMRIGS
Suplemento

VOL. 55 – Nº 2 ABR./JUN. 2011

DIRETORIA ASSOCIAÇÃO GAÚCHA DE PEDIATRIA – Gestão 2009/2011

Presidente | Jose Paulo Vasconcellos Ferreira
1º Vice-Presidente | Carlos Eduardo Nery Paes
2º Vice-Presidente | Érico Jose Faustini
Secretário - Geral | Rita de Cassia Silveira
1º Secretário | Cristina Helena Targa Ferreira
2º Secretário | Breno Fauth de Araújo
1º Tesoureiro | Eduardo Jaeger
2º Tesoureiro | Marcelo Pavese Porto
Conselho Fiscal | Lauro Luís Hagemann | Paulo Roberto Antonacci Carvalho | Juarez Cunha
Suplentes ao Conselho Fiscal | Alfredo Floro Cantalice Neto | Dilton Francisco de Araújo | Humberto Antônio Campos Rosa

Regionais
Escritório Regional Noroeste| Arnaldo Carlos Porto Neto | Oromar Vasconcelos Suertegaray
Escritório Regional Nordeste | Breno Fauth de Araújo | Darci Luiz Bortolini
Escritório Regional Centro Ocidental | José Carlos Diniz Barradase | Beatriz Silvana da Silveira Porto
Escritório Regional Centro Oriental | Fabiani Waechter Renner | Luciane Orlandini
Escritório Regional Sudoeste | Adalberto Rosses | Ana Maria Schmitt de Clausell
Escritório Regional Sudeste | José Aparecido Granzotto | Nildo Eli Marques Davila

Diretor de Patrimônio | Eduardo Jaeger
Diretora Científico e Coordenação Comitês | Patricia Miranda do Lago
Diretoria de Defesa Profissional | Marcelo Pavese Porto | Ilson Enk | Lucia Diehl da Silva
Clecio Homrich da Silva | Danilo Blank | Ercio Amaro de Oliveira Filho | João Carlos Batista Santana |
Luiz Fernando Loch | Paulo de Jesus Hartmann Nader | Ricardo Halpern
Assessor da Presidência | Suzane Cerutti Kummer
Programa Educação Permanente em Pediatria | Carlos Humberto Bianchi e Silva |
Ricardo Sukiennik | Ignozy Dorneles Jornada Junior
Editor Jornal SPRS | Marcelo Pavese Porto | Ricardo Sukiennik
Editor Boletim Científico | Cristiano do Amaral de Leon | Ignozy Dorneles Jornada Junior
Curso de Reanimação Neonatal | Eduardo Jaeger | | Paulo Roberto Mousquer Kunde
Curso de Reanimação Pediátrica| Luiz Fernando Loch
Coordenação da Rede Gaúcha de Neonatologia| Célia Maria Boff de Magalhães | Ivana Rosangela Santos Varella

Mensagem da Presidente do Congresso

Colegas pediatras:

É com alegria que damos as boas-vindas aos participantes do IV Congresso Gaúcho de Atualização em Pediatria e ao II Simpósio Sul-Americano de Pediatria. As três edições anteriores deste congresso consolidaram um modelo de sucesso de um evento que visa a atualização de nossos pediatras.

Finalmente, chegou a data de nosso Congresso Gaúcho, que continua no mesmo estilo, com modificações realizadas sempre para melhorar! Seguimos com sala única, com sessões de "pergunte ao professor", com os temas escolhidos por vocês em pesquisa prévia e com a possibilidade de reencontros com os colegas. Haverá também uma área para apresentação de temas livres e vários excelentes cursos pré-congresso. Neste ano de 2011, temos a novidade da publicação dos anais do congresso numa edição especial da Revista AMRIGS.

O Congresso oportuniza aos pediatras aprofundar alguns conhecimentos em prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças infantis, assim como a abordagem integral das crianças e adolescentes.

Os temas foram elaborados com o objetivo de atualizar os assuntos do atendimento pediátrico, com suas implicações práticas. Este ano teremos novamente convidados estrangeiros, da América do Sul, que virão para trocar experiências.

Entre os temas de maior relevância científica, teremos conferências importantes sobre a epidemia dos prematuros, os desafios pediátricos, as perspectivas imediatas das células tronco em neuropediatria, os transtornos psiquiátricos e os de comportamento das crianças, e muitos outros temas relevantes no dia a dia do pediatra.

Teremos a entrega de prêmios aos três melhores temas livres, que serão escolhidos entre todos os trabalhos enviados.

Dedicamos todo nosso esforço para oferecer a vocês um congresso proveitoso e cheio de novidades científicas.

O Congresso é de vocês. Aproveitem!

Cristina Targa Ferreira
Presidente do IV Congresso Gaúcho de Pediatria
e II Simpósio Sul-Americano de Pediatria

Atualização científica e defesa profissional

O IV Congresso Gaúcho de Atualização em Pediatria celebra notáveis avanços de uma especialidade ao agregar novos conhecimentos, consolidar fundamentos científicos estabelecidos, incorporar inovações de especialidades pediátricas e fortalecer as ações das entidades voltadas a defender e promover as boas práticas da pediatria em nosso estado e nosso país. A Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul, sintonizada com a Sociedade Brasileira de Pediatria, sente-se orgulhosa ao viabilizar mais uma edição de um evento que alcançou dimensões de uma consagração sequer imaginada pelo pequeno grupo de diretores que organizaram a primeira edição, em 2008. Hoje, o congresso é continental e recebe o apoio de diversas sociedades de pediatria de países vizinhos.

A atualização científica constitui o núcleo do evento, mas as suas finalidades transcendem este aprimoramento. Um congresso projetado para reunir mais de mil participantes se insere inevitavelmente nos preceitos da Doutrina Pediátrica, que envolve a Defesa Profissional dos médicos e da especialidade dedicados a promover a saúde e lidar com as morbidades das crianças e adolescentes do nosso país.

E a Pediatria alcançou uma visibilidade na mídia que pode significar um "grito de alerta" para despertar na sociedade como um todo e nos organismos governamentais a consciência de que as precárias condições de trabalho e a remuneração indigna ofertadas aos pediatras conduzirão inevitavelmente à falência completa de qualquer sistema de saúde, público ou privado.

A Sociedade Brasileira de Pediatria, com suas filiadas, tem conduzido diversas ações junto ao Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde, Prefeituras Municipais, Operadoras de Planos de Saúde e Cooperativas Médicas no sentido de valorizar o trabalho do pediatra, tanto em termos de condições básicas para um exercício pleno da profissão como na necessária contrapartida remuneratória, muitas vezes aviltada e indigna. Muito há ainda por fazer, mas as perspectivas são favoráveis, sobretudo quando vislumbramos a atuação forte de entidades como o Conselho Federal de Medicina, os conselhos regionais, a Federação Nacional dos Médicos, os sindicatos médicos e as associações médicas.

Agregar forças e mobilizar colegas são os ingredientes vitais para reverter o quadro atual.

A Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul evoca um exemplo emblemático que serve de alento em época de tanto ceticismo. Em 2008, nomeou representantes atuantes no Comitê Técnico de Pediatria da Unimed Porto Alegre. Com o respaldo da V Edição da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos e após exaustivas negociações, este comitê, que é pareado com representantes da cooperativa, obteve histórica conquista ao incorporar no Atendimento Ambulatorial de Puericultura uma remuneração significativamente diferenciada. O resultado foi cristalino: em 2010, o faturamento dos pediatras da Unimed Porto Alegre ultrapassou em mais de 11% o valor obtido em 2009. No ano em curso, as cifras estão ainda mais alentadoras.

A Diretoria de Defesa Profissional da Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul, composta também pelo Dr. Marcelo Porto e Dra. Lucia Diehl da Silva, desejam a todos um excelente Congresso. Lembra que todos devem permanecer atentos e mobilizados frente às iniciativas das entidades médicas empenhadas em valorizar e dignificar o trabalho médico. As leis de mercado são pétreas ao ditarem que a falta de profissionais, conjugada com a sua mobilização, concorrem para elevar a sua remuneração.

Para finalizar, a Diretoria de Defesa Profissional cumprimenta o presidente da SPRS, Dr. José Paulo Ferreira, o vice-presidente, Dr. Carlos Eduardo Neri Paes, e os colegas diretores que proporcionaram mais esta edição do Congresso Gaúcho de Pediatria, fruto de muito esforço e competência: Dra. Cristina Targa Ferreira, Dra. Patrícia Lago, Dr. Jefferson Piva, Dr. Marcelo Porto, Dr. Ricardo Halpern, Dra. Helena Muller, Dra. Cristiane Traiber, Dra. Rita de Cássia Silveira, Dr. Eduardo Jaeger e todos os demais organizadores do evento que consolida a importância do pediatra gaúcho no cenário nacional da especialidade.

Dr. Ilson Enk

Diretor de Defesa Profissional da SPRS

A pediatria Brasileira no século XXI

Em 1977, Ken Olson (Presidente da *Digital Equipment Corp*) prognosticava: "Não via razão alguma para alguém querer possuir um computador em casa". Menos de uma década após, caía por terra esse prognóstico. É de se perguntar como alguém com tamanho conhecimento e experiência em informática não conseguiu prever que os computadores pessoais se tornariam, em curto prazo, peças fundamentais para as famílias em todo o mundo. Conclui-se que prever o futuro é uma tarefa arriscada e sujeita a erros grosseiros, mesmo para aqueles que conhecem detalhadamente o assunto.

No campo da saúde, a previsão do futuro pode ser baseada na identificação de novos desafios. Nesse particular, o Brasil vem apresentando profundas mudanças no cenário econômico nos últimos 40 anos e com reflexos nos indicadores de saúde, especialmente na área pediátrica: a) entre 1970 e 2009, reduziu a mortalidade infantil de 115 para 19 em cada 1000 nascidos vivos; b) erradicou doenças como sarampo, varíola e difteria; c) ampliou a cobertura vacinal; d) consolidou políticas de aleitamento materno e hidratação oral; e)reduziu a desnutrição e a incidência da doença diarreica, entre outras. Entretanto, para atingirmos a nação que todos almejamos, novas barreiras e novos desafios devem ser ultrapassados, tais como:

Enfrentamento da mortalidade neonatal, responsável por 50 a 60% dos óbitos no 1º ano de vida. A grande maioria dessas mortes ocorre na primeira semana de vida seguida de uma mortalidade tardia decorrente de doenças congênitas. Evidentemente, além das medidas preventivas (acompanhamento pré-natal), deve-se prover uma rede de assistência neonatal com hospitais de referência para partos de maior risco, com UTI neonatais e pediatras neonatologistas em suficiente número para tal demanda. Atenta a esse problema, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) aumentou para dois anos o tempo de residência em neonatologia e realiza anualmente a prova de conhecimentos para titulação em neonatologia. Resta cobrar uma política de aumento do número de leitos neonatais proporcionais às necessidades de cada região. Deve-se reverter a enorme carência de leitos em hospitais secundários e terciários em nosso país, elegendo uma distribuição racional (estratégica) de unidades neonatais de grande porte e de referência em cada região.

Adolescência com prioridade. Há mais de duas décadas a adolescência foi definida pela SBP como área da pediatria. Entretanto, pode-se afirmar que os pediatras brasileiros, até esse momento, não foram treinados e/ou instrumentalizados para assumir desafio. Observa-se uma prevalência crescente de doenças crônicas na adolescência com elevado grau de morbidade, tais como obesidade/ síndrome metabólica (13%), diabetes (5,7%), asma (10%), doenças reumáticas, autoimunes, oncológicas e outras, que exigem um acompanhamento por pediatra experiente e seguro no manejo de tais doenças. A habilitação do pediatra nessas áreas demanda tempo, integração com outras especialidades (clínica médica, oncologia, endocrinologia, etc.) e, por consequência, uma ampliação no tempo de formação (residência médica).

Outro dado alarmante é o elevado número de gestações entre adolescentes. Em 2008, estimou-se que 20% dos recém-nascidos no Brasil eram de mães adolescentes. Caracteristicamente, partos com maior morbidade e mortalidade neonatal. Aliado a esse fato, observou-se no mesmo ano que 20% de todas as gestações eram indesejadas, com uma incidência muito maior entre adolescentes. Consequentemente, a taxa de abortos (clandestinos) é elevadíssima nessa faixa etária, com uma morbimortalidade também elevada. No mesmo ano, estimou-se em um milhão o número de abortos realizados no Brasil, para um total de três milhões de nascimentos. O ginecologista e o obstetra acabam participando desse processo em uma etapa tardia, com a gestação já em andamento. Assim, o profissional que tem a chance de mudar esse ciclo perverso é o pediatra, por seu contato frequente com sua clientela, através de uma atuação educacional preventiva (orientação sobre prática de sexo seguro) e intervenção médica, com a identificação e prescrição do método anticoncepcional mais adequado e seguro para aquela paciente. Evidentemente, necessitará ser adequadamente treinado e habilitado para tal desafio.

Desafios éticos em pediatria. Cuidados paliativos, terminalidade, anticoncepção, prática sexual na adolescência, aborto, uso de álcool e drogas são temas que vêm sendo incluídos progressivamente na agenda pediátrica, sem que tenhamos tido treinamento e tampouco incorporado as devidas noções teóricas mínimas que envolvem tais dilemas. A premência dos fatos não permite maiores postergações, por isso, tais assuntos devem ser considerados prioritários no treinamento dos atuais programas de residência em pediatria.

Pacientes com necessidades especiais: reabilitação, home care e qualidade de vida. À medida que aumentamos a sobrevida em uma série de doenças, paralelamente, aumentamos também o número de crianças e adolescentes com necessidades especiais (p.ex.: fibrose cística, sequelas neurológicas, doenças metabólicas, transplantes). Não é viável que cada pediatra se torne experiente com cada uma dessas doenças.

Entretanto, em cada estado ou região é necessário que se desenvolvam centros de cuidados para reabilitação e melhora na qualidade de vida das diferentes doenças. Esse foi o modelo instituído pelos hospitais da rede Sara para tratar pacientes com graves sequelas de trauma e isso pode, perfeitamente, ser ampliado e extrapolado para pacientes com sequelas neurológicas, dependentes de ventilação mecânica, sequelas respiratórias, entre outras. Portanto, estamos trocando leitos hospitalares pediátricos gerais por leitos especializados para populações pediátricas específicas. Algumas iniciativas isoladas em vários estados brasileiros demonstram a eficácia de tal inciativa.

Por sinal, a eficácia de nossas futuras intervenções necessita ser expressa através de índices mais sensíveis. Pois, a mortalidade isoladamente não consegue refletir ou acompanhar de maneira sensível a evolução da saúde da criança e do adolescente já nos dias atuais. Indicadores que expressem a qualidade de vida, a reabilitação, a inclusão social, a produtividade, a contribuição social devem ser desenvolvidos para nortear as ações da pediatria no início desse século XXI.

Prof. Dr. Jefferson Piva

Professor dos Departamentos de Pediatria da UFRGS e PUCRS. Chefe da UTI Pediátrica do H. São Lucas da PUCRS. Chefe do Serviço de Emergência do HCPA.

Programa

Quarta-feira, 06 de julho de 2011

08:00 Curso Pré-Congresso / Sala 608
Capacitação em Desenvolvimento e Comportamento da Criança
Promoção do desenvolvimento normal
Antecipatory guidance
Intervenção precoce
A criança vulnerável - fatores de risco e proteção
Métodos de triagem
O que identificar? quadros clínicos mais comuns
Treinamento em métodos de triagem
Discussão de casos clínicos

08:00 Curso Pré-Congresso / Sala 606
Endocrinologia para pediatras
Diagnóstico e manejo do diabete mellitus
Diagnóstico e tratamento da baixa estatura
Hipotireoidismo na infância
Hipoglicemias na infância
Puberdade normal e patológica
Dislipidemia na infância
A criança nascida pequena para idade gestacional
Diabete tipo 2 e resistência insulínica

08:00 Curso Pré-Congresso / Sala 609
Oftalmologia para pediatras
Ametropias
Estrabismo e ambliopia
Obstrução de via lacrimal
Conjuntivites
Propranolol no tratamento dos hemangiomas de face
Retinopatia da prematuridade
Teste do olhinho
Prevenção da cegueira infantil e estimulação visual precoce

08:00 Curso Pré-Congresso / Sala 607
Ortopedia para pediatras: queixas comuns na prática diária
Problemas da coluna vertebral
Problemas dos membros superiores
Problemas dos membros inferiores
Diagnóstico clínico e radiográfico das deformidades e malformações mais frequentes
Panorama geral, diagnóstico e tratamento das fraturas em crianças
Perguntas e discussão sobre todos os temas abordados e outros de interesse da Ortopedia Pediátrica

14:00 Curso Pré-Congresso / Sala 607
Curso prático de Radiologia
Lesões ósseas elementares
Alterações mais comuns na radiografia de tórax da criança
Alterações mais comuns na radiografia de abdome da criança
Lesões elementares mais frequentes na tomografia computadorizada de crianças

14:00 Curso Pré-Congresso / Sala 609
Odonto para pediatras
O processo de formação e erupção dentária e suas anomalias
O que fazer frente as urgências odontopediátricas?
O respirador bucal no nosso consultório. Como ajudar?
Maloclusão em odontopediatria: uso da ortopedia funcional dos maxilares e ortodontia

14:00 Curso Pré-Congresso / Sala 606
Otorrino para pediatras
Simplificando a otoscopia e seus diagnósticos
É realmente sinusite?
OMA: tratamento e suas controvérsias
Ainda se operam amígdalas e adenoides?
Otite externa: atualização e importância
Tubos de ventilação (drenos): solução ou problema?
Por que falham os sprays nasais?

Quinta-feira, 07 de julho de 2011

08:30 Mesa Redonda / Sala 1
Infecções em Pediatria
Coordenador: Fabrízio Motta (Brasil/RS)
Novas vacinas
Palestrante: Juarez Cunha (Brasil/RS)
Pneumonias comunitárias: o que mudou?
Palestrante: Marcelo Comerlato Scotta (Brasil/RS)
Coqueluche na criança
Palestrante: Ana Cristina Mariño Drews (Colômbia)

09:30 Sessão / Sala 1 / Pergunte ao Professor

10:00 Intervalo

10:30 Mesa Redonda / Sala 1
Gastro
Coordenador: Matias Epifanio (Brasil/RS)
Doença colestática na infância
Palestrante: Margarita Ramonet (Argentina)
Alergia ao leite: o manejo pelo pediatra
Palestrante: Elisa Carvalho (Brasil/DF)
Probióticos: qual a evidência?
Palestrante: Sandra Maria Gonçalves Vieira (Brasil/RS)

11:30 Sessão / Sala 1 / Pergunte ao Professor

12:00 Simpósio Satélite / Sala 1

14:00 Palestra / Sala 1
Epidemiologia
Presidente de mesa: Cristina Targa Ferreira (Brasil/RS)
Epidemia de pré-termos
Palestrante: Fernando C. Barros (Brasil/RS)

14:30 Mesa Redonda / Sala 1
Desafios Pediátricos
Coordenador: Carlos Eduardo Nery Paes (Brasil/RS)
A pediatria no novo milênio: perspectivas
Palestrante: Jefferson Piva (Brasil/RS)
Novos horizontes em oncologia pediátrica
Palestrante: Cláudio Galvão de Castro Junior (Brasil/RS)
Uso de antitérmicos: quando e como
Palestrante: Danilo Blank (Brasil/RS)

15:30 Sessão / Sala 1 / Pergunte ao Professor

16:00 Intervalo / Sala 1

16:30 Simpósio Satélite – Abbott / Sala 1

17:30 Mesa Redonda / Sala 1
Cardiologia
Coordenador: Helena Muller (Brasil/RS)

Doença de Kawasaki
Palestrante: Patricia Barrios (Brasil/RS)
Sopro na infância: quando é "inocente"?
Palestrante: Estela Suzana Horowitz (Brasil/RS)
Por que a medida da TA deve ser rotina na consulta pediátrica?
Palestrante: Lucia Campos Pellanda (Brasil/RS)

18:30 Sessão / Sala 1 / Pergunte ao Professor

Sexta-feira, 08 de julho de 2011

08:00 Mesa Redonda / Sala 1
Otorrinolaringologia
Coordenador: Otávio Piltcher (Brasil/RS)
Otite média aguda: antibiótico nunca ou sempre?
Palestrante: José Faibes Lubianca Neto (Brasil/RS)
Faringotonsilites: papel do otorrino
Palestrante: Maria Beatriz Rotta Pereira (Brasil/RS)
Rinossinusite Aguda: viral ou bacteriana?
Palestrante: Berenice Dias Ramos (Brasil/RS)

09:00 Sessão / Sala 1 / Pergunte ao Professor

09:30 Conferência / Sala 1
Dengue
Presidente de mesa: Cristiane Traiber (Brasil/RS)
Conferencista: Sérgio Gama (Brasil/RJ)

10:00 Intervalo

10:30 Mesa Redonda / Sala 1
Emergência – UTI
Coordenador: João Ronaldo Mafalda Krauzer (Brasil/RS)
Reconhecimento e tratamento do choque
Palestrante: Pedro Celiny Ramos Garcia (Brasil/RS)
Terapia hídrica de manutenção: o que se recomenda
Palestrante: Alicia Maria Fernandez Fernandez (Uruguai)
Trauma craniano: tratamento na SE e UTIP
Palestrante: Sérgio Gama (Brasil/RJ)

11:30 Sessão / Sala 1 / Pergunte ao Professor

12:00 Simpósio Satélite – Nestlé / Sala 1

14:00 Palestra / Sala 1
Perspectivas imediatas de células tronco em neuropediatria
Presidente de mesa: Jefferson Piva (Brasil/RS)
Palestrante: Jaderson Costa da Costa (Brasil/RS)

14:30 Mesa Redonda / Sala 1
Neurologia
Coordenador: Rudimar Riesgo (Brasil/RS)
Epilepsia de difícil controle
Palestrante: Marta Hemb (Brasil/RS)
Cirurgia da epilepsia: quando e por quê?
Palestrante: Eliseu Paglioli Neto (Brasil/RS)
Cefaleia na criança
Palestrante: Liselotte Menke Barea (Brasil/RS)

15:30 Sessão / Sala 1 / Pergunte ao Professor

16:00 Intervalo

16:30 Mesa Redonda / Sala 1
Desenvolvimento
Coordenador: José Paulo Ferreira (Brasil/RS)
Crianças com necessidades especiais
Palestrante: Ricardo Halpern (Brasil/RS)
Autismo
Palestrante: Fábio Mello Barbirato Nascimento Silva (Brasil/RJ)
Déficit de atenção
Palestrante: Luis Augusto Paim Rohde (Brasil/RS)

17:30 Sessão / Sala 1 / Pergunte ao Professor

Sábado, 09 de julho de 2011

08:00 Mesa Redonda / Sala 1
Pneumologia
Coordenador: Elenara da Fonseca Andrade Procianoy (Brasil/RS)
Pneumonia não responsiva ao tratamento
Palestrante: Paulo Maróstica (Brasil/RS)
Asma: manejo da intercrise
Palestrante: Paulo Márcio Condessa Pitrez (Brasil/RS)
Bronquiolite viral aguda: o que há de novo?
Palestrante: José Castro Rodriguez (Chile)

09:00 Sessão / Sala 1 / Pergunte ao Professor

09:30 Conferência / Sala 1
Pneumologia
Presidente de mesa: Gilberto Fischer (Brasil/RS)
Asma aguda na emergência
Conferencista: José Castro Rodriguez (Chile)

10:00 Intervalo

10:30 Mesa Redonda / Sala 1
Neonatologia
Coordenador: Desiree de Freitas Valle Volkmer (Brasil/RS)
Nutrição do pré-termo após a alta
Palestrante: Rita de Cassia Silveira (Brasil/RS)
Sepse neonatal
Palestrante: Renato Soibelmann Procianoy (Brasil/RS)
Manejo das Icterícias no período neonatal
Palestrante: Marcelo Pavese Porto (Brasil/RS)

11:30 Sessão / Sala 1 / Pergunte ao Professor

12:00 Intervalo

14:00 Conferência / Sala 1
Identificação precoce de transtornos psiquiátricos na infância
Presidente de mesa: Erico José Faustini (Brasil/RS)
Conferencista: Fábio Mello Barbirato Nascimento Silva (Brasil/RJ)

14:30 Mesa Redonda / Sala 1
O Cenário atual da pediatria na América Latina
Coordenador: Eduardo da Silva Vaz (Brasil/RJ)
Sociedade de Pediatria da Colombia
Palestrante: Ana Cristina Mariño Drews (Colômbia)
Sociedade de Pediatria do Uruguai
Palestrante: Alicia Maria Fernandez Fernandez (Uruguai)
Sociedade de Pediatria da Argentina
Palestrante: Margarita Ramonet (Argentina)
Discussão

16:00 Intervalo

16:30 Mesa Redonda / Sala 1
Problemas urinários na infância
Coordenador: Anelise Uhlmann (Brasil/RS)
Protocolo atual de investigação e tratamento da infecção do trato urinário
Palestrante: Clotilde Druck Garcia (Brasil/RS)
Alterações anatômicas e funcionais do trato urinário: o que fazer?
Palestrante: Nicolino César Rosito (Brasil/RS)
Retirando as fraldas na hora certa
Palestrante: Denise Marques Mota (Brasil/RS)

17:30 Encerramento / Sala 1
Entrega dos prêmios dos três melhores trabalhos e relatório do fórum

Novas vacinas

Juarez Cunha

Especialistas no assunto dizem que as vacinas serão o segmento do ramo farmacêutico que mais vai crescer nos próximos anos.

Necessidades e vantagens de novas vacinas:

- Prevenção *versus* diagnóstico e tratamento – custo benefício;
- Em geral eficazes e protetoras por longo prazo;
- Em geral muito seguras;
- Benefícios individuais e coletivos – imunidade coletiva.

As principais novidades em relação à produção de novas vacinas incluem: vacinas de DNA, vacinologia reversa, prime boost, imunoterapia, vetores não replicantes, vacina de mucosa e novos adjuvantes.

Segundo a OMS, existem mais de 2.500 trials em andamento que envolvem vacinas. A seguir, alguns exemplos de vacinas que estão em diferentes fases de pesquisa:

- Bacterianas: Streptococo do grupo A e B, Pneumococo, Meningococo, Hi não tipado, Pseudomonas, Micobacterias (TB);
- Virais: VSR, HIV, Influenza, EBV, Herpes, Dengue, West Nile/arboviroses, Hepatites (C e E), CMV;
- Fungos: Candida, Criptococo, Blastomyces;
- Parasitas/Doenças tropicais: Malária, Hanseníase, Esquistosomose, Amebíase, Leishmaniose, Filariose;
- Doenças não infecciosas: Neoplasias, doenças reumáticas.

Porém, não podemos falar de novas vacinas se várias delas, já disponíveis e há muito tempo recomendadas pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), pela Associação Brasileira de Imunizações (SBIm), e mesmo pelo Ministério das Saúde (MS), ainda são subutilizadas. A seguir alguns exemplos.

• Vacinas contra o pneumococo: recentemente a vacina conjugada 10 valente foi incluída no calendário do MS para crianças até os 2 anos. É importante salientar que outra vacina conjugada, a 13 valente, está licenciada no Brasil até os 5 anos e nos EUA, além de ser recomendada pelo CDC uma dose adicional para crianças até essa idade que tinham recebido a vacina 7 valente, também é indicada para crianças com situações de risco até os 6 anos e em imunodeprimidos até os 18 anos. Lembrar também da vacina polissacarídica 23 valente que tem como indicação pessoas com fatores de risco para a bactéria, a partir dos 2 anos de idade.

• Vacina contra o meningococo: também recentemente a vacina meningocócica conjugada C foi incluída no calendário do MS para crianças até os 2 anos. Essa vacina pode ser utilizada em qualquer idade. Em breve, teremos disponível em nosso meio a vacina meningocócica conjugada A/C/Y/W135, com ótima proteção para sorotipos que estão aumentando de importância no Brasil e no mundo, principalmente entre adolescentes.

• Vacina contra a gripe: a campanha do MS, além de outros grupos, na faixa pediátrica priorizou a vacina para crianças de 6 meses a 2 anos. O CDC e a SBIm indicam a vacina praticamente para todas as pessoas, ou seja, de indicação universal.

• Vacina tríplice bacteriana acelular: vacina com possibilidade muito menor de causar eventos adversos se comparada com a vacina com o componente pertussis de células inteiras. É colocada como opcional pela SBP e única recomendada pelo CDC. Outra vacina acelular para uso em adolescentes e adultos (dTap), pelo aumento mundial da incidência da coqueluche, está cada vez mais se tornando uma melhor opção para os reforços em substituição à dupla adulto.

• Vacina inativada contra a poliomielite: por ser inativada, não tem como causar paralisia vacinal, evento adverso raro que pode acontecer com a vacina oral de vírus vivos atenuados. É colocada como opcional pela SBP e única recomendada pelo CDC.

• Vacina contra o Hib: é necessária a dose de reforço após 1 ano de idade? Especialistas sugerem que, como todas as vacinas conjugadas, a resposta é sim. O CDC e a SBIm recomendam o reforço.

• Vacina contra a hepatite B: baixíssimas coberturas em adolescentes, exatamente em uma idade de risco para a transmissão sexual.

Vacinas não disponíveis na rotina da rede básica de saúde:

• Vacina contra a hepatite A: indicada para todas as crianças a partir de 1 ano de idade, em duas doses, com

6 meses de intervalo entre elas. Dentro das vacinas atualmente utilizadas, é considerada uma das mais seguras e eficazes. Raramente causa evento adverso e confere proteção rapidamente, com uma eficácia de 100% após 15 dias da primeira dose. Pode ser utilizada na pós-exposição dentro de 14 dias.

• Vacina contra a varicela: indicada para todas as crianças a partir de 1 ano de idade, em duas doses. A primeira aos 12-15 meses de idade e a segunda entre 4-6 anos. Por ser composta de vírus vivo atenuado, lembrar das contraindicações, principalmente em imunodeprimidos. Pode ser utilizada na pós-exposição à doença dentro de até 5 dias. Recentemente foi licenciada no Brasil a vacina tetraviral (sarampo+rubéola+caxumba+varicela) para utilização dos 12 meses aos 12 anos. Opção segura e eficaz, diminuindo o número de picadas.

• Vacina contra o papilomavirus humano (HPV): principal causador de câncer de colo de útero. Indicada para meninas, de preferência aos 11 ou 12 anos de idade, antes da vida sexual ativa. Temos duas vacinas disponíveis, uma delas protegendo contra os HPV 16 e 18 e outra contra 6, 11, 16 e 18. As vacinas estão licenciadas no Brasil dos 9 aos 26 anos ou dos 10 aos 25, dependendo do laboratório produtor, podendo ser utilizadas nessas faixas etárias. Recentemente o Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) do CDC, passou a orientar que a vacina quadrivalente pode ser utilizada em meninos/homens dos 9 aos 26 anos com o objetivo de proteção em relação às verrugas genitais (condilomas). Além disso, se espera para breve a liberação dessas vacinas em outras faixas etárias e situações, como, por exemplo, em imunodeprimidos.

Pneumonias comunitárias: o que mudou?

Marcelo Scotta

A pneumonia comunitária persiste sendo uma importante causa de morbimortalidade na infância em todo o mundo. Entretanto, os estudos epidemiológicos foram, em sua maioria, publicados nas décadas de 70 e 80, revelando incidência 35-40/1.000 em menores de 5 anos, 20/1.000 entre 5 e 10 anos e 10/1.000 em maiores de 10 anos, com hospitalização de até 50%, dependendo da faixa etária. No tocante à etiologia, também são raros os estudos publicados na última década, cujos resultados reafirmam o *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) como principal causa de pneumonia comunitária em todas as idades. Entretanto, os demais achados são variáveis de acordo com o desenho do estudo, a faixa etária estudada, a severidade dos pacientes selecionados e o tipo de testes realizados na busca pela etiologia. Em estudos apenas com paciente hospitalizados, o *Streptococcuus pneumoniae* é responsável por cerca de 35-45% dos casos, com o *Mycoplasma pneumoniae* acometendo cerca de 10-15% e o Vírus Respiratório Sincicial responsável por 13 a 29% dos casos. No entanto, a detecção de antígenos virais ou PCR para vírus respiratórios revela, com frequência, infecções virais mistas ou virais e bacterianas simultaneamente, sugerindo que muitas vezes os vírus podem apenas preceder uma pneumonia bacteriana sem haver uma relação causal direta. Na última década, foram descobertos dois novos agentes virais causadores de pneumonias na infância, o Metapneumovírus e o Bocavírus. Em relação ao primeiro, os estudos publicados sugerem que este seja o agente causador de 5-8% das pneumonias comunitárias, sendo muito semelhante ao Vírus Sincicial Respiratório em relação à sua epidemiologia, quadro clínico e laboratorial. O Bocavírus humano esteve presente em 5-14% das pneumonias comunitárias investigadas, com mais de 65% de coinfecções, sendo o seu papel na etiologia ainda não bem esclarecido. As manifestações clínicas da pneumonia comunitária também não têm sido abordadas, recentemente, por grande número de estudos. Contudo, consolidam-se as evidências de que os quadros clínico, radiológico e laboratorial não são, na maioria das vezes, suficientemente sensíveis para diferenciar as etiologias virais, pneumocócicas e atípicas, podendo dificultar a escolha da terapia. A penicilina persiste como a droga de escolha para as infecções pneumocócicas, visto que a concentração da droga é elevada no tecido pulmonar, sendo eficaz mesmo contra cepas com resistência intermediária. No entanto, a resistência do pneumococo aos macrolídeos tem aumentado, o que pode inviabilizar uma terapia única para os dois agentes bacterianos mais prevalentes. Devido à escassez de renovação do conhecimento médico relacionado a este importante tema, há necessidade urgente de novos estudos sobre a epidemiologia, etiologia, quadro clínico e tratamento de pneumonias comunitárias em crianças.

Alergia Alimentar

Elisa de Carvalho

Introdução

A alergia alimentar (AA) é um tema importante em pediatria, pois pode se associar à importante morbidade, com impacto negativo na sobrevida e na qualidade de vida da criança, se não for tratada adequadamente. Trata-se de uma reação adversa à proteína alimentar, mediada por mecanismos imunológicos.

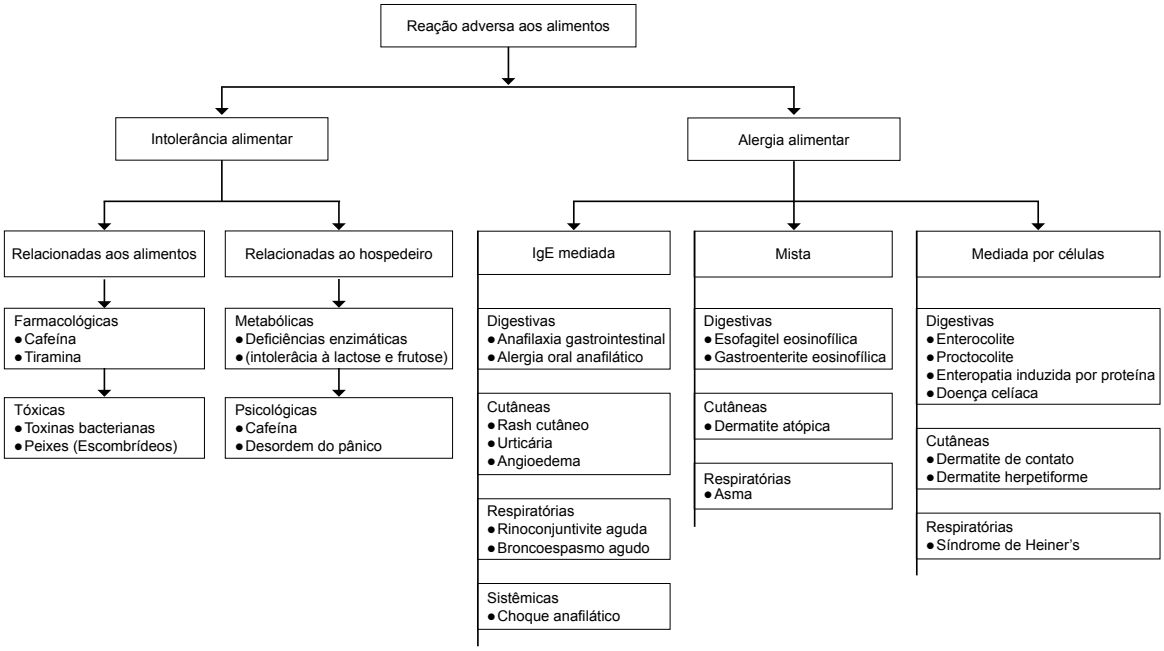
A reação adversa ao alimento consiste em resposta clínica anormal, desencadeada pela ingestão de um alimento, sendo classificada em alergia e intolerância. A alergia alimentar é decorrente de mecanismos imunológicos, IgE e não IgE mediados. As reações de intolerância são decorrentes das propriedades inerentes dos alimentos (contaminantes tóxicos ou componentes farmacologicamente ativos) ou das características dos hospedeiros (desordens metabólicas, reações idiossincrásicas ou psicológicas). A Figura 1 ilustra estes conceitos.

Muitas vezes os casos de intolerância alimentar se confundem com os de alergia, o que pode superestimar o diagnóstico de AA pelos pacientes e suas famílias. Por outro lado, a possibilidade de alergia à proteína ao leite de vaca (APLV) é muitas vezes esquecida nos cuidados primários da criança, o que atrasa o diagnóstico, trazendo prejuízos para os pacientes. Assim, deve-se buscar o diagnóstico correto, tanto para evitar que os pacientes façam restrição alimentar desnecessária, como para propiciar que as crianças sensibilizadas sejam tratadas precocemente e, desta forma, não sofram as consequências da alergia alimentar, que vão desde o déficit de crescimento até as condições que ameaçam a vida.

Epidemiologia

A prevalência da alergia alimentar é difícil de ser estabelecida, pois os estudos publicados aplicam diferentes critérios de inclusão, definições e métodos diagnósticos. Apesar das dificuldades diagnósticas, sabe-se que a prevalência da AA é maior em lactentes e crianças (6% a 8%) e decresce com a idade, acometendo 4% dos adultos. O risco do desenvolvimento de atopia em recém-nascidos e lactentes aumenta, se um dos pais ou irmão tiverem doenças atópicas, para 20% a 40% e 25 a 35%, respectivamente; sendo ainda maior se ambos os pais forem atópicos (40% – 60%). Além disso, nos últimos 10 a 15 anos, houve um aumento da prevalência das doenças atópicas, como asma, dermatite atópica e AA. O curto período de tempo em que ocorreu esta mudança, sugere que os fatores ambientais devem estar mais envolvidos que os genéticos, entre eles: modo de preparo dos alimentos, aumento do uso de antiácidos, exposição a cremes medicinais contendo alérgenos alimentares e a hipótese da higiene.

Os alérgenos alimentares mais comuns são o leite de vaca, a soja, os ovos, o trigo, o amendoim, as nozes, os peixes e os frutos do mar. Em crianças, uma das alergias alimentares mais comuns é à proteína do leite de vaca. Quanto à história natural da APLV, a maioria dos pacientes portadores supera sua sensibilidade em torno dos três anos de idade; mas cerca de 10% a 25% permanecem alérgicos.



Mensagens da palestra sobre nascimentos pré-termo

Fernando Barros

Os nascimentos pré-termo (até agora definidos como abaixo de 37 semanas de gestação) estão aumentando em vários locais do mundo, inclusive no Brasil. Em Pelotas, eles correspondem atualmente a cerca de 15% do total de nascimentos.

Entretanto, é possível que a classificação atual de pré-termos deva ser revisada. Os recém-nascidos com 37 semanas (que correspondem a 10% do total de nascimentos) também comportam-se como pré-termo, pois têm maior morbidade e mortalidade do que o grupo com idade gestacional entre 39 e 41 semanas. Com relação aos recém-nascidos de 38 semanas, pelo menos dois estudos mostram que estes também podem ter alguns resultados desfavoráveis (relacionados a mortalidade neonatal e função cognitiva na infância) do que os de 39-41 semanas.

Como beneficiar mães e filhos?

Ter em conta que há sempre uma margem de erro nas estimativas da idade gestacional, com qualquer método.

Estimativas com distintos métodos podem ser dar resultados diferentes. Aquelas feitas por ultrassom costumam estimar uns poucos dias para menos a idade gestacional, com relação às estimativas feitas com a data da última menstruação.

Cada dia conta para assegurar a manutenção de um feto dentro do útero, se suas condições são normais e não atingiu 41 semanas. Nascer com uma semana a mais pode ser uma garantia de mais saúde.

Quando a cesariana eletiva for inevitável, aguardar o início do trabalho de parto, ou marcá-la para idades gestacionais nunca inferiores a 39 semanas.

Uso de antitérmicos: quando e como

Danilo Blank

"Febre é o instrumento da Natureza que ela põe em campo para remover seu inimigo."
Thomas Sydenham (1)

A fobia da febre corre solta com a participação ativa dos médicos!

No início deste ano, a mídia estadunidense divulgou com grande destaque (2, 3) o recém-publicado relatório da Academia Americana de Pediatria (4), que recomenda aos pediatras minimizar a chamada fobia da febre, orientando os pais sobre os baixos riscos e os possíveis benefícios da febre, promovendo o seu manejo seguro e racional, com uso judicioso de drogas antipiréticas.

Em tempo: fobia da febre foi um termo cunhado por Barton Schmitt (5), há mais de trinta anos, para designar a preocupação exagerada de muitos pais com febres baixas (temperatura axilar de 38,5°C ou menos) devido à crença infundada de cerca de metade deles de que febres de 39,5°C poderiam causar danos neurológicos e que sem tratamento medicamentoso a temperatura subiria até 43°C, o que levaria 85% desses cuidadores à administração intempestiva de drogas antipiréticas em crianças com febre bem abaixo de 38°C (nível recomendado pela OMS para o emprego de antipiréticos) (6).

No Brasil, apesar da falta de registros documentais, a simples observação do dia a dia do atendimento pediátrico evidencia que a fobia da febre corre tão solta quanto informa a literatura de fora, que aponta que 90% dos pais acreditam que a febre pode ter efeitos danosos, metade considera altas temperaturas de 38,5°C e medem a temperatura mais do que de hora em hora durante episódios febris; 25% administram antipiréticos para crianças com temperatura abaixo de 37,0°C; 85% acordariam a criança para dar a medicação (7). Sobretudo, é preocupante a informação de que 67% dos pais afirmam alternar drogas antipiréticas

em geral, acetaminofeno e ibuprofeno (8), prática formalmente contraindicada por todos os consensos de especialistas (4, 9-17). Pior: a grande maioria dos pais afirmam que usam os antipiréticos seguindo a orientação dos pediatras (7, 8)! Com efeito, ainda que não documentada, a atitude dos pediatras brasileiros é conspicuamente sintônica com o que relata a literatura de fora: dois terços dos pediatras sempre prescrevem antipiréticos em casos de febre, 90% das vezes para temperaturas axilares entre 37,5°C e 38,0°C (18); metade deles principalmente aqueles com menos de cinco anos de prática aconselham explicitamente os pais a alternar acetaminofeno e ibuprofeno (19).

Colocando os pontos nos is nas consultas de puericultura

O aconselhamento apropriado acerca do manejo da febre começa por discutir com os cuidadores o que é e o que não é febre, que a medida da temperatura em si não deve ser o foco de atenção (até porque não existe um consenso sobre pontos de corte) e, principalmente, que a febre tem baixíssima probabilidade de causar danos e pode ser benéfica (4, 17). Recomenda-se que isso seja feito no contexto do aconselhamento antecipatório das consultas de puericultura e, sempre que possível, com o emprego de folders (20).

Quanto à definição de febre, em vista da oscilação natural da temperatura do corpo conforme a hora do dia, circunstâncias externas, idade e entre indivíduos, além da enorme variabilidade de medidas obtidas por tipos diferentes de termômetros e locais de aferição, a tendência atual é desenfatizar valores numéricos, necessariamente arbitrários, e utilizar definições fisiológicas reconhecidas (17, 20, 21). Duas das mais correntes, que devem ser explicadas aos pacientes: (a) febre é a elevação da temperatura corpórea acima da variação diária normal; (b) febre é uma resposta fisiológica complexa à doença, mediada por citocinas pirogênicas e caracterizada por uma elevação regulada da temperatura central do corpo e ativação de sistemas imunológicos (17, 21).

Para aqueles que precisam de números, pode-se pautar o aconselhamento pelas faixas de temperatura relacionadas na Tabela 1, sempre enfatizando que se tratam de definições arbitrárias e que quaisquer medidas terapêuticas sempre visarão ao conforto e bem estar do paciente, em vez da simples tentativa de reduzir a temperatura (4, 11).

Tabela 1 – Níveis de temperatura corporal de interesse pediátrico*

	°C		°F	
	Axilar	**Retal**	**Axilar**	**Retal**
Faixa de variação circadiana	36,5	37,3	97,7	99,1
	37,2	38,0	99,0	100,4
Limite mínimo para uso de antipirético (OMS) (6) O(OMS){Programme for the Control of Acute Respiratory Infections, 1993 #1054}	38,2	39,0	100,8	102,2
Febre moderada (limite inferior)	38,5	39,3	101,3	102,7
Febre alta (limite inferior)	39,5	40,3	103,1	104,5
Risco de bacteriemia > 10%	39,7	40,5	103,5	104,9
Risco de dano neurológico	42,0	42,8	107,6	109,0

* Valores arbitrários conforme ocorrências mais usuais na literatura (6, 11, 21-23)

Tabela 2 – Contrapontos (apoiados em evidências científicas) sobre benefícios e prejuízos da febre*

A febre é uma amiga..., mas nem tanto, porque:	**A febre é uma inimiga..., mas nem tanto, porque:**
há evidências experimentais, em animais e humanos, de que temperaturas elevadas levam à redução da reprodução microbiana e viral e ao estímulo da atividade imunitária, ... mas não há demonstração clínica substancial de que a terapia antipirética possa piorar a evolução das infecções comuns;	aumenta o consumo de oxigênio e prejudica o rendimento cardíaco, ... mas isso só tem relevância clínica em crianças muito debilitadas, em pneumonias graves, em que se acentua a hipoxemia, e nos cardiopatas;
	pode causar convulsão, ...mas só em casos de instalação súbita, em menos de 5% das crianças normais; além disso, convulsões febris, embora indesejáveis, não causam lesão cerebral;
a curva febril auxilia o diagnóstico, ... mas um antitérmico dado num pico febril não produz alterações significativas;	pode causar dano neurológico, ...mas isto só ocorre com febres altas, muito raras, acima de 42,0°C;
antitérmicos podem mascarar a gravidade da doença, ...mas é o contrário: nos casos duvidosos, com toxemia moderada, o reexame da criança após o efeito de uma dose de antitérmico pode determinar se o caso é realmente grave (a criança continua muito abatida) ou é benigno (a disposição da criança apresenta melhora evidente).	Associa-se com outros sintomas que causam desconforto (dor muscular, irritabilidade, mal-estar, astenia e anorexia), ... mas os antipiréticos só aliviam a dor, não melhoram a astenia e a anorexia.

* Adaptado de: Murahovschi J. A criança com febre no consultório. J Pediatr (Rio J). 2003;79(Supl.1):S55-S64.

Febre: amiga ou inimiga?

A citação de Thomas Sydenham que abre este texto define a visão corrente até meados do século XIX, de que a febre era benéfica. Ao longo do século passado, prevaleceu a visão "moderna" não apoiada em evidências científicas, de que deveria ser combatida (23). Hoje, segundo Matthew J. Kluger (24), há evidências fortes de que a supressão medicamentosa da febre, vista como uma resposta adaptativa a infecções que evoluiu por milhões de anos, provavelmente levaria ao aumento da morbidade por muitas infecções.

Jayme Murahovschi (11) sintetizou de modo muito ilustrativo o dilema de tratar ou não tratar a febre como mostra a tabela 2, que deve ser cuidadosamente considerada por pediatras e cuidadores.

Condutas gerais frente à criança febril

Os pais precisam ser bem orientados sobre os objetivos principais em caso de febre: reconhecer sinais de doenças potencialmente graves, melhorar o conforto da criança e manter um estado adequado de hidratação (4, 22).

O primeiro objetivo exige o reconhecimento de sinais de alerta de gravidade: idade inferior a três meses, principalmente recém-nascido; febre de mais de 39,4°C (especialmente se acompanhada de calafrios); mau estado geral, com letargia e/ou irritabilidade excessiva, ausência de sorriso; pele muito pálida ou moteada; choro inconsolável; respiração gemente, entrecortada ou ofegante; duração da febre maior que 72 horas (11). Nessas circunstâncias, a criança deve ser levada imediatamente para avaliação médica. Uma discussão mais detalhada deste tópico está fora do escopo deste texto, mas sugere-se que todo pediatra leia com atenção a diretriz do National Institute for Health and Clinical Excellence, "Feverish illness: assessment and initial management in children younger than 5 years" (17), bem como seu guia de referência rápida, disponível em http://www.nice.org.uk/CG047.

Crianças com febre não devem ser despidas ou muito agasalhadas. Caso a criança febril sinta frio, deve ser protegida com um cobertor (22). O ambiente deve ser bem ventilado; a criança pode ficar ao ar livre, sem exposição direta ao sol (11).

Líquidos de qualquer natureza devem ser oferecidos com frequência e insistência gentil, de acordo com o gosto e a tolerância da criança. A oferta de comida deve respeitar a aceitação natural; lembrar que drogas antipiréticas não melhoram o apetite (4, 11).

Esponjar o corpo com água tépida pode reduzir temporariamente a temperatura do corpo, mas causa mais desconforto, arrepios e tremores do que qualquer benefício (12, 17, 20). Tal prática só está indicada em casos de temperatura acima de 41°C, sempre meia hora depois da administração de antipirético (22). Banhos com álcool misturado à água são sempre contraindicados (4, 6, 17).

Pelo uso de antipiréticos apoiado em evidências

A decisão do pediatra de prescrever medicação antipirética de ser bem pesada, levando em conta os contrapontos da Tabela 2, mas, principalmente, o fato de que a prescrição leviana de tais drogas indica preocupação (que os leigos não percebem como infundada) com riscos apenas presumidos da febre, promovendo um sentido de busca exagerada pela normotermia (4, 10, 20).

Quem opta por prescrever antitérmicos conta com a justificativa do devido respeito pelas crenças e desejos dos pais, além do fato de que, apesar da febre aumentar as funções imunológicas, não há estudos em humanos que tenham demonstrado de modo convincente que o uso dessas drogas em infecções comuns virais ou bacterianas traga riscos clinicamente relevantes (6).

Drogas antipiréticas não devem ser utilizadas com o objetivo de reduzir a temperatura em si em crianças que pareçam estar se sentindo bem. Devem ser reservadas para crianças com desconforto físico ou dor (4, 6, 9).

Drogas antipiréticas não previnem convulsões febris e não devem ser usadas com esse objetivo (17, 21).

Há um consenso de que antipiréticos devem ser reservados para febres acima de 38,2°C, mas principalmente para minimizar o desconforto; lembrar que crianças não

Tabela 3 – Informações sobre drogas antipiréticas*

	Acetaminofeno	Ibuprofeno	Dipirona
Diminuição da temperatura (°C)	1–2	1–2	1-2
Início da ação (h)	<1	<1	<1
Pico do efeito (h)	3–4	3–4	3-4
Duração do efeito (h)	4–6	6–8	4-6
Dose (mg/kg)	10-15, 4/4 h	5-10, 6/6 h	15-20, 6/6 h
Idade mínima (meses)	3	6	3
Dose máxima diária (mg/kg)	90	40	80
Dose máxima diária - adulto (g/d)	4	2,4	4

* Adaptado de: Section on Clinical Pharmacology and Therapeutics, Committee on Drugs. Sullivan JE, Farrar HC. Fever and antipyretic use in children. Pediatrics. 2011 March 1, 2011;127(3):580-7.
Prado J, Daza R, Chumbes O, Loayza I, Huicho L. Antipyretic efficacy and tolerability of oral ibuprofen, oral dipyrone and intramuscular dipyrone in children: a randomized controlled trial. São Paulo. Med J. 2006;124:135-40.

costumam manifestar desconforto com temperaturas inferiores a 39,5°C (6, 22).

Ao optar por prescrever um antitérmico, o pediatra deve informar os pais explicitamente que a medicação não diminuirá a temperatura até o nível normal e não impedirá que picos febris se repitam por vários dias, enquanto a infecção durar, sob pena de ser procurado novamente porque "o remédio não baixou a febre" (5, 11).

Drogas antipiréticas devem sempre ser usadas em regime de monoterapia, não superpondo ou intercalando drogas diferentes (4, 6, 9-12, 16, 20, 21). Contudo, se a criança não responde a uma opção, pode-se usar uma alternativa (17). Evitar doses de ataque maiores do que aquelas recomendadas, pois não têm efeito antipirético mais rápido ou superior (4).

As três drogas antipiréticas consideradas efetivas (embora causem reduções térmicas da ordem de 1 a 2°C, de relevância clínica marginal) e igualmente seguras são o acetaminofeno (ou paracetamol), a dipirona (ou metamizol) e o ibuprofeno. Estudos em humanos indicam eficácia analgésica e antipirética similar entre as duas últimas, ambas mais eficazes do que a primeira (25-27). A Tabela 3 mostra as informações principais para a sua prescrição.

Sobre a alternância de antitérmicos

A prática de combinar drogas antipiréticas simultânea ou alternadamente, embora desaconselhada pelos especialistas (4, 10-17), é bastante popular entre profissionais de saúde e cuidadores (6, 18, 19). A revisão criteriosa da literatura revela apenas seis estudos randomizados que compararam diversos modos de combinação de acetaminofeno e ibuprofeno com monoterapia.

Em dois estudos (28, 29) compararam-se monoterapia com ibuprofeno e acetaminofeno e a administração simultânea de ambas as drogas. Verificaram que a combinação seria marginalmente superior ao acetaminofeno e não mais efetiva do que o ibuprofeno sozinho. Porém, ambos os estudos tinham problemas de validade, seleção de amostra e aferição de temperatura além de duas horas. Os autores de um dos estudos concluíram pela não recomendação da combinação de drogas (28).

Três estudos (30-32) mostraram superioridade da alternância de acetaminofeno e ibuprofeno em relação a ambas as drogas isoladas. Além de problemas de validade e tamanho das amostras, houve vieses causados por doses inadequadas e as diferenças médias da redução de temperatura, ainda que estatisticamente significativas, eram clinicamente insignificantes, não passando de 1°C. Neste grupo, os autores de dois estudos concluíram pela não recomendação da alternância (30, 32).

Um estudo mais recente (33) mostrou que tanto a administração simultânea como alternada de acetaminofeno e ibuprofeno teriam efeito antipirético mais prolongado do que o ibuprofeno sozinho, mas de novo a magnitude da redução da temperatura não passava de 1°C, além de não haver diferença nas primeiras quatro horas.

Além das diferenças clinicamente desprezíveis, as maiores críticas aos regimes de drogas combinadas apontam o risco nefrotoxicidade e de erros de dosagem por confusão dos cuidadores (4). Sobretudo, segundo Edward Purssell (14), estudos como os descritos acima podem ser lidos sem cuidado e usados por aqueles que não entendem os riscos e benefícios de tal abordagem para apoiar um tratamento que não é necessário, para um sintoma que na verdade não precisa de tratamento, nas mãos de pessoas que têm uma chance relativamente alta de fazer o tratamento errado. Com essas ressalvas em mente, sugere que os médicos devem continuar a seguir as principais diretrizes de especialistas e aconselhar os pais a usar somente uma droga antipirética por vez.

Em síntese, prevalece a recomendação da OMS, feita há quase vinte anos, de que pais e profissionais de saúde não devem como ocorre com frequência administrar antipiréticos de maneira automática a todas as crianças com febre. Deveriam "tratar a criança, não o termômetro". A redução da febre deveria visar a melhorar o desconforto da criança (se significativo), o que geralmente só é necessário em casos de febre alta (6).

Referências bibliográficas:

1. Payne JF. Thomas Sydenham. London, T. Fisher Unwin, 1900. apud Kramer MS, Naimark L, Leduc DG. Parental fever phobia and its correlates. Pediatrics. 1985;75(6):1110-3.
2. Hill E. Parents stricken with "Fever Phobia". CBS News. 2011; February 28, 2011 5:31 AM. Disponível em: http://www.cbsnews.com/video/watch/?id=7357962n#ixzz1L6XpCcSI. Acessado 01/05/2011.
3. Roan S. 'Fever phobia' may be worse than the fever. Los Angeles Times. 2011; March 5. Disponível em: http://articles.latimes.com/2011/mar/05/health/la-he-fever-kids-20110306. Accessado 01/05/2011.
4. Section on Clinical Pharmacology and Therapeutics, Committee on Drugs. Sullivan JE, Farrar HC. Fever and antipyretic use in children. Pediatrics. 2011 March 1, 2011;127(3):580-7.
5. Schmitt BD. Fever phobia: misconceptions of parents about fevers. Am J Dis Child. 1980;134(2):176-81.
6. Programme for the Control of Acute Respiratory Infections. The management of fever in young children with acute respiratory infections in developing countries. Geneva: World Health Organization; 1993. Disponível em: whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_ARI_93.30.pdf.
7. Crocetti M, Moghbeli N, Serwint J. Fever Phobia revisited: have parental misconceptions about fever changed in 20 years? Pediatrics. 2001 June 1, 2001;107(6):1241-6.
8. Wright AD, Liebelt EL. alternating antipyretics for fever reduction in children: an unfounded practice passed down to parents from pediatricians. Clin Pediatr (Phila). March 1 2007;46(2):146-50.
9. Richardson M, Lakhanpaul M. Assessment and initial management of feverish illness in children younger than 5 years: summary of NICE guidance. BMJ. June 2, 2007;334(7604):1163-4.
10. Knoebel EE, Narang AS, Ey JL. Fever: to treat or not to treat. (This Month's Debate). Clin Pediatr (Phila). 2002;41(1):9-16.
11. Murahovschi J. A criança com febre no consultório. J Pediatr (Rio J). 2003;79(Supl.1):S55-S64.
12. El-Radhi ASM. Why is the evidence not affecting the practice of fever management? Arch Dis Child. November 1, 2008;93(11):918-20.
13. Nabulsi M. Is combining or alternating antipyretic therapy more beneficial than monotherapy for febrile children? BMJ. October 1, 2009;339:b3540.
14. Purssell E. Combining paracetamol and ibuprofen for fever in children. BMJ. September 10, 2008;337.
15. Jow K, Serwint JR. Question from the clinician: alternating acetaminophen and ibuprofen in the treatment of fever. Pediatr Rev. October 1, 2007;28(10):395-.

16. Miller AA. Alternating acetaminophen with ibuprofen for fever: is this a problem? Pediatr Ann. 2007;36(7):384-6.
17. National Institute for Health and Clinical Excellence. Feverish illness: assessment and initial management in children younger than 5 years. London: NICE; 2007. Disponível em: http://guidance.nice.org.uk/CG47/Guidance/pdf/English.
18. May A, Bauchner H. Fever Phobia: the pediatrician's contribution. Pediatrics. December 1, 1992;90(6):851-4.
19. Mayoral CE, Marino RV, Rosenfeld W, Greensher J. Alternating antipyretics: is this an alternative? Pediatrics. May 1, 2000;105(5):1009-12.
20. Crocetti MT, Serwint J. Fever: Separating fact from fiction. Contemp Pediatr. 2005. Disponível em: http://www.modernmedicine.com/modernmedicine/Infectious+Diseases/Fever-Separating-fact-from-fiction/ArticleStandard/Article/detail/143315. Accessado 01/05/2011.
21. Kayman H. Management of fever: making evidence-based decisions. Clin Pediatr (Phila). 2003;42(5):383-92.
22. Schmitt BD. Fever in Childhood. Pediatrics. November 1 1984;74(5):929-36.
23. Kramer MS, Naimark L, Leduc DG. Parental fever phobia and its correlates. Pediatrics. June 1 1985;75(6):1110-3.
24. Kluger MJ, Kozak W, Conn CA, Leon LR, Soszynski D. The adaptive value of fever. Infect Dis Clin North Am. 1996;10(1):1-20.
25. Allan GM, Ivers N, Shevchuk Y. Treatment of pediatric fever. Can Fam Physician. August 1, 2010;56(8):773.
26. Pierce CA, Voss B. Efficacy and safety of ibuprofen and acetaminophen in children and adults: a meta-analysis and qualitative review. Ann Pharmacother. March 1 2010;44(3):489-506.
27. Wong A, Sibbald A, Ferrero F, Plager M, Santolaya ME, Escobar AM, et al. Antipyretic effects of dipyrone versus ibuprofen versus acetaminophen in children: results of a multinational, randomized, modified double-blind study. Clin Pediatr (Phila). June 1 2001;40(6):313-24.
28. Erlewyn-Lajeunesse MDS, Coppens K, Hunt LP, Chinnick PJ, Davies P, Higginson IM, et al. Randomised controlled trial of combined paracetamol and ibuprofen for fever. Arch Dis Child. May 1 2006;91(5):414-6.
29. Hay AD, Costelloe C, Redmond NM, Montgomery AA, Fletcher M, Hollinghurst S, et al. Paracetamol plus ibuprofen for the treatment of fever in children (PITCH): randomised controlled trial. BMJ. September 2 2008;337:a1302
30. Nabulsi M, Tamim H, Mahfoud Z, Itani M, Sabra R, Chamseddine F, et al. Alternating ibuprofen and acetaminophen in the treatment of febrile children: a pilot study [ISRCTN30487061]. BMC Medicine. 2006;4(1):4-12.
31. Sarrell EM, Wielunsky E, Cohen HA. Antipyretic treatment in young children with fever: acetaminophen, ibuprofen, or both alternating in a randomized, double-blind study. Arch Pediatr Adolesc Med. February 1, 2006;160(2):197-202.
32. Kramer LC, Richards PA, Thompson AM, Harper DP, Fairchok MP. Alternating antipyretics: antipyretic efficacy of acetaminophen versus acetaminophen alternated with ibuprofen in children. Clin Pediatr (Phila). 2008;47(9):907-11.
33. Paul IM, Sturgis SA, Yang C, Engle L, Watts H, Berlin Jr CM. Efficacy of standard doses of ibuprofen alone, alternating, and combined with acetaminophen for the treatment of febrile children. Clin Ther. 2010;32(14):2433-40.

Doença de Kawasaki

Dra. Patrícia Martins Moura Barrios

Definição

Esta síndrome foi descrita pela primeira vez no Japão, em 1967, pelo Dr. Kawasaki, e consiste em sintomas secundários a reações autoimunes a um provável agente infeccioso ainda desconhecido.

Epidemiologia

Incidência de 9,2 /100.000/ano nos USA.

Incidência de 108 /100.000/ano no Japão.

Mais comum em crianças menores de cinco anos (80%), do sexo masculino.

Maior ocorrência no final do inverno, primavera e em épocas de maior nível pluviométrico

Etiologia e patogênese

Etiologia desconhecida. As características epidemiológicas, especialmente a ocorrência em crianças pequenas, o aumento de casos no inverno e a ocorrência de surtos epidêmicos sugere etiologia viral.

A patogênese é caracterizada por anormalidades imunorregulatórias agudas e transitórias desencadeadas por um agente que atua como um superantígeno capaz de recrutar um grande número de linfócitos T.

Manifestações Clínicas

A fase aguda geralmente inicia com febre alta brevemente seguida por eritema polimórfico na pele (inicia mais comumente na região perineal e abdômen), conjuntivite não purulenta, ressecamento dos lábios, eritema bucal, língua framboesa, linfadenite cervical (mais comumente unilateral) e edema e eritema dos pés e das mãos.

A criança geralmente encontra-se irritada, com uma aparência desconfortável. A febre é geralmente alta (> 38° C), pouco responsiva a antitérmicos e, se não tratada, pode durar até três semanas. As alterações nas extremidades, talvez os achados mais característicos desta síndrome, duram geralmente de uma a duas semanas. Na fase subaguda, após duas semanas do início dos sintomas, ocorre uma descamação grosseira da pele das extremidades tipo "dedo de luva". O paciente também pode apresentar comprometimento do

sistema hepatobiliar, atralgias ou artrites. Pode haver, ainda, sinais de uretrite acompanhada por disúria, proteinúria e piúria estéril.

Meningite asséptica e polineurite podem estar presentes na fase aguda da doença, assim como miocardite e ou pericardite. Trombocitose geralmente está presente após a fase aguda da doença (2 semanas). Em aproximadamente vinte por cento das crianças não tratadas pode ocorrer atelectasia e aneurisma das artérias coronarianas em 7 a 14 dias do início da doença.

Diagnóstico

Critérios diagnósticos da síndrome de Kawasaki

1. Febre alta ≥ 5 dias
2. Presença de pelo menos quatro dos seguintes sintomas
   - A: Alterações nas extremidades (edema e eritema)
   - B: Exantema polimórfico
   - C: Conjuntivite asséptica bilateral
   - D: Alterações nos lábios e cavidade oral
   - E: Linfoadenopatia cervical
3. Exclusão de outras doenças com sintomas semelhantes

Diagnóstico diferencial

Doenças exantemáticas ou autoimunes

Sarampo, rubéola, infecção por vírus Ebstein, escarlatina, leptospirose, artrite reumatoide juvenil, Steven Johnson, alergia a drogas, hipersensibilidade ao mercúrio.

Tratamento:

A: fase aguda:

Aspirina 80 -100 mg/dia/ dividida de 6/6h (USA). 30 mg/Kg/dia (Japão).

Após cessar a febre=> aspirina 3 a 5 mg/Kg/dia por 7 a 8 semanas.

Gamaglobulina 2g/Kg EV em 12 horas.

Ecocardiograma nos primeiros 10 dias.

B: Fase crônica. Sete a 8 semanas após o início da doença:

B1: Afebril, sem doença coronariana (provas inflamatórias normalizadas).

Suspender aspirina. Controle ecocardiográfico com um, dois, seis meses e um ano após o início da doença. Continuando normal, alta.

B2: Com ectasia transitória das coronárias.

Aspirina não mais indicada após resolução da ectasia. Liberar atividade física. Para participação em esportes competitivos aconselhado solicitar teste de esforço. Alta após um ano de exames normais.

B3: Com aneurisma único, de tamanho pequeno ou médio (< 8mm)

Aspirina 3-5 mg/Kg/dia até a regressão completa do aneurisma.

Sem restrição a atividade física até os 10 anos de idade. Desaconselhar participação em esportes competitivos. Acompanhamento cardiológico anual com ECG e ecocardiografia por dez anos.

B4: Com aneurisma gigante ou múltiplos de coronárias, sem estenose coronariana

Terapia antiplaquetária => aspirina e Warfarin. Manter INR de aprox. 2.

Sem restrição a atividade física até os 10 anos de idade. Desaconselhar participação em esportes competitivos. Proibir participação em esportes competitivos. Acompanhamento cardiológico com ECG e ecocardiografia de 6/6 meses. Teste de esforço físico ou farmacológico recomendado anualmente, um ano após o início de constatação de isquemia miocárdica. Considerar angiografia, após a fase aguda, se sintomas de isquemia.

B5: Com obstrução coronariana confirmada por angiografia

Terapia antiplaquetária => aspirina e Warfarin. Manter INR de aprox. 2.

Restrição de atividades físicas dinâmicas mesmo de baixa intensidade. Evitar exercícios isométricos (levantamento de peso). Proibir participação em esportes competitivos. Acompanhamento cardiológico com ECG e ecocardiografia de 6/6 meses. Teste de esforço físico ou farmacológico e Holter recomendado anualmente. Considerar angiografia, após a fase aguda, se sintomas de isquemia.

Prognóstico

Fase aguda autolimitada, durando de 7 a 8 semanas.

A maioria das crianças que recebem imunoglobulina na primeira semana do início da doença tem melhora completa.

O índice de infarto e a mortalidade são baixos para crianças com aneurismas pequenos e médios.

É descrita uma mortalidade de 15% em crianças com aneurismas gigantes.

Crianças do sexo masculino e menores de dois anos tem maior isco de desenvolverem aneurismas das artérias coronárias.

Otite média aguda: antibióticos sempre ou nunca?

José Faibes Lubianca Neto, MD, PhD*

Definição e epidemiologia

A otite média aguda (OMA) é uma doença inflamatória de natureza infecciosa. Mais de 80% das crianças desenvolverão OMA antes dos 3 anos e aproximadamente 40% destas terão 6 ou mais recorrências até completarem 7 anos de idade (1).

Microbiologia

Pode ser causada exclusivamente por vírus (vírus sincicial respiratório, adenovírus, influenza A ou B) em 10 a 20% dos casos (2, 3, 4). A coinfecção viral com os patógenos bacterianos chega a 65% dos casos (4). Isolaram-se bactérias da secreção da orelha média em 70% dos casos de OMA (5, 6). Os microorganismos mais frequentes em estudos internacionais são *Streptococcus pneumoniae* (15 a 35%), *Haemophilus influenzae* (15 a 25%) e *Moraxella catarrhalis* (10 a 20%) (5). Estudos nacionais da década de 1990 e do início dos anos 2000 revelaram *Streptococcus pneumoniae* em 16 a 46% dos casos, *Haemophilus influenzae* em 7 a 28%, *Moraxella catarrhalis* em 5% e *Staphylococcus aureus* em 22% dos casos (6, 7, 8).

Mudanças no cenário (argumentos pró e contra o uso rotineiro de antimicrobianos na OMA)

Sendo a OMA uma doença de natureza infecciosa que em no mínimo 2/3 dos casos tem etiologia bacteriana, seria natural supor que o tratamento antimicrobiano estivesse indicado em todos os casos. Alguns eventos, no entanto, mudaram esse cenário, levando às discussões atuais sobre o real benefício dos antimicrobianos no tratamento da OMA (9). Na era pré-antibiótica, complicações supurativas, principalmente a mastoidite, poderiam ocorrer em até 20% dos casos de OMA. Há o relato que em 1932 a OMA e as suas complicações supurativas responderam por 27% das admissões de um hospital pediátrico (10). A introdução dos antimicrobianos foi paralela à redução rápida e drástica da incidência de tais complicações, que se tornaram raras. Mesmo não se desconsiderando esse impactante efeito, não se pode apontá-los, no entanto, como única causa da diminuição das complicações supurativas. Houve também a gradual mudança na virulência das bactérias. Na metade do século passado, os *Streptococcus* do grupo A, por exemplo, causavam a agressiva OMA necrosante, hoje praticamente desaparecida, e eram a principal causa de mastoidite aguda (11). Hoje em dia, tais bactérias raramente causam OMA. Nos dias atuais, após o advento da vacinação com a antipneumocócica heptavalente, o *H. influenzae* é a principal bactéria causadora de OMA, e é a OMA causada por hemófilo justamente uma das que tem maior resolução espontânea, chegando até 50%.

Talvez o evento mais significativo nessa mudança de cenário tenha sido o surgimento de ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas e metanálises demonstrando, algumas vezes, que os antimicrobianos não eram mais eficazes do que o placebo e, invariavelmente, que o impacto clínico de tal tratamento era pequeno. Ao mesmo tempo, o tratamento com antibióticos trazia efeitos adversos significativos para os pacientes e para a comunidade. Houve um aumento crescente na resistência bacteriana, demonstradamente secundário ao uso abusivo e descriterioso de antimicrobianos (12, 13, 14).

Tudo iniciou na década de 80, com a coorte holandesa de van Buchem, em que mais de 4.800 crianças foram seguidas com a prescrição inicial de analgésicos por 2 a 3 dias. Caso o processo não se resolvesse, administravam-se antimicrobianos. Somente 2,7% dos pacientes tiveram um curso grave que necessitou de antimicrobiano e somente 2 pacientes desenvolveram mastoidite aguda (incidência de 0,04%) (15). Pacientes com curso grave recrutados nesse trabalho foram estudados em ensaio clínico randomizado, que comparou miringotomia isolada, antibióticos isolados, miringotomia com antibióticos e observação, com resultados semelhantes nos 4 grupos (16). Outras evidências surgiram em países da Europa Ocidental e vários países como a Dinamarca, a Finlândia, a Escócia e a Holanda lançaram diretrizes preconizando o uso de antimicrobianos somente após um período de observação inicial. Surgiram então metanálises com resultados estatisticamente significante e superiores do antimicrobiano em relação ao placebo, porém, com pequeno impacto clínico, avaliado pelo número necessário de pacientes que deveriam ser trados (NNT) para melhorar o curso clínico em um deles. Em média, sete a 17 pacientes com OMA teriam que ser tratados para que 1 se beneficiasse (17, 18, 19, 20, 21). Estudos randomizados que compararam o uso do antimicrobiano na ocasião do diagnóstico com a

* Professor Associado Doutor da Disciplina de Otorrinolaringologia, Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Chefe da Divisão de Otorrinolaringologia Pediátrica do Hospital da Criança Santo Antônio do Serviço de Otorrinolaringologia do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre. Presidente da Academia Brasileira de Otorrinolaringologia Pediátrica (ABOPE).

observação vigiada nos primeiros dias também demonstraram que o uso de antimicrobianos poderia ser atrasado e se tornava desnecessário em muitos casos, desde que se fornecesse analgesia nos primeiros dias (22, 23). Depois, surgiram estudos demonstrando a segurança do uso da prescrição antecipada, ao menos nos casos não graves. Compararam um grupo de pacientes com OMA que receberam o tratamento padrão já no diagnóstico com outro que recebeu a recomendação de somente utilizar o antimicrobiano prescrito após 48 horas de não melhora (24). Essa abordagem, mesmo em pacientes atendidos em emergências médicas por médicos que não eram os seus pediatras, conseguiu evitar o uso de antimicrobianos em 62% das vezes (25). Seguindo a tendência europeia, a Academia Norte-Americana de Pediatria publicou pela primeira vez, em sua última diretriz de 2004, a recomendação da observação inicial, em vez de tratamento antimicrobiano imediato para o manejo da OMA em crianças selecionadas (26).

Mais recentemente, na tentativa de se identificar que pacientes se beneficiariam mais do antimicrobiano, foi realizada metanálise de dados individuais de pacientes, que demonstrou que o NNT diminuía significativamente em casos bilaterais com idade menor do que 2 anos e naqueles com otorreia (20). Esses dados estão cotados para entrar nas novas recomendações da Academia Norte-Americana de Pediatra, juntando-se aos critérios seletivos de idade e certeza diagnóstica já constantes.

A maioria dos críticos da aplicação dos preceitos da medicina baseada em evidências no tratamento clínico da OMA embasa sua discordância em dois principais aspectos: a) evidências oriundas dos estudos de dupla punção (*double tap*) e b) críticas metodológicas aos estudos de até então, incluindo os ensaios clínicos randomizados bases para as metanálises (critérios diagnósticos diferentes entre os estudos e frágeis em alguns, não inclusão de pacientes graves ou com critérios de risco de gravidade, etc).

Os estudos de dupla punção (*double tap*) foram estudos realizados em Israel onde se puncionaram orelhas de pacientes com OMA antes do tratamento e em torno de 3 a 7 dias após o início do antimicrobiano. Genuinamente falando, seria a única forma de se estabelecer diretamente a eficácia microbiológica e correlacioná-la com a eficácia clínica. Pois bem, tais estudos demonstraram que existe uma significante associação entre a esterilização da efusão da orelha média e a melhora sintomática dos pacientes (27). Os índices de falha clínica passaram de 37 a 38% quando as culturas ainda estavam positivas para 3 a 7% quando negativavam. Mesmo assim, não é desprezível a resolução clínica que ocorre em 62 e 63% dos casos, mesmo com cultura positiva entre os dias 3 e 7 de tratamento. Talvez os até então não bem entendidos mecanismos imunes locais da orelha média possam ser responsáveis por uma percentagem de cura dos casos. Os ensaios clínicos realizados com tal metodologia e testando a eficácia de vários antimicrobianos demonstraram que a amoxicilina, a amoxicilina com ácido clavulânico, a cefuroxima e a ceftriaxona entre outros são mais eficazes do que o placebo. O mesmo não ocorreu para a azitromicina e para o cefaclor, por exemplo, que alcançam índices de esterelização de culturas, principalmente em casos de cepas resistentes à penicilina, semelhantes aos do placebo.

No entanto, a principal crítica aos estudos disponíveis na literatura recai sobre a inacurácia diagnóstica. O diagnóstico de OMA baseia-se no conjunto de achados da otoscopia associados ou não aos sintomas de suspeição como febre, irritabilidade, otalgia, otorreia recente e outros sintomas inespecíficos (mão no ouvido, rinorreia, inapetência, diarreia, entre outros), que podem variar de acordo com a faixa etária. A confirmação diagnóstica, no entanto, é dada somente pela otoscopia.

De todos os sinais, o abaulamento é o mais preditivo, com uma sensibilidade que varia de 61,2% a 67% e uma especificidade de 97% (28,29), sendo cerca de 51 vezes mais comum encontrar-se abaulamento em crianças com OMA comprovada por punção do que nas que não tem OMA (30). A hiperemia da MT isoladamente não é um bom sinal discriminatório.

A otoscopia, principalmente em crianças pequenas incluídas nos estudos, não é sempre de fácil realização e interpretação, principalmente se realizada por médicos não validados. O diagnóstico do otorrinolaringologista já se demonstrou mais acurado do que o de generalistas (28).

Com tudo que se leu até aqui, entende-se o porquê da existência de diferentes interpretações de autoridades em tratamento da OMA. Essa foi a base conceitual para que, em 2011, investigadores prestigiados dos Estados Unidos e da Finlândia publicassem no *The New England Journal of Medicine* dois ambiciosos ensaios clínicos randomizados, duplo-cegos, em paralelo e controlados por placebo, incluindo crianças menores de 2 anos no norte-americano (31) e de 3 anos no finlandês (32). Escolheram a amoxicilina associada ao ácido clavulânico por ter sido esse o antimicrobiano que se demonstrou mais eficaz no tratamento da OMA nos estudos de dupla punção (33).

Além do cuidado metodológico, o ponto mais forte de ambos estudos foram os acurados critérios de diagnóstico da OMA, e o uso de examinadores validados e experientes. Ambos os estudos incluíram somente pacientes com abaulamento da membrana timpânica e sintomas de infecção aguda.

O estudo norte-americano utilizou dose dobrada de amoxicilina (90mg/Kg/peso) associada ao ácido clavulânico. No grupo tratado com antimicrobiano ocorreu resolução inicial dos sintomas no dia 2 em 35% das crianças, no dia 4 em 61% e no dia 7 em 80%. Os valores correspondentes no grupo placebo foram de 28%, 54% e 74% (P=0,14, para a comparação global). A resolução sustentada dos sintomas ocorreu no dia 2 em 20% das crianças tratadas com antimicrobiano, no dia 4 em 41% e no dia 7 em 67%. Os valores correspondentes no grupo placebo foram de 14%, 36% e 53% (P=0,04).

A média dos escores sintomáticos nos dois grupos de tratamento ao longo dos iniciais 7 dias foi menor no grupo

que recebeu amoxicilina com clavulanato do que no grupo placebo a cada visita (P=0,02) e na visita entre 10 a 12 dias (P=0,003). O uso de acetaminofeno entre os grupos, no entanto, não diferiu. Em relação à falha clínica, crianças que receberam o antimicrobiano foram menos susceptíveis do que aquelas que receberam placebo até a primeira visita (4% vs 23%, P<0,01) e entre a primeira e a visita dos dias 10 a 12 (16% vs 51%, P<0,001).

Em relação a efeitos adversos, os mesmos foram significativamente mais comuns nos pacientes que receberam amoxicilina com ácido clavulânico, e o principal foi a diarreia e suas complicações.

No estudo finlandês, os resultados foram mais contundentes a favor do antimicrobiano. Utilizou-se a metade da dose da amoxicilina (40 mg/Kg/peso) e por um tempo menor (7 ao invés de 10 dias) em comparação ao estudo norte-americano. A falha de tratamento ocorreu em 18,6% daqueles que receberam amoxicilina-clavulanato e em 44,9% dos que receberam placebo (P<0,001). Já no 3º dia de tratamento, a diferença apareceu, com falha em 13,7% e 25,3%, respectivamente. No geral, a amoxicilina-clavulanato reduziu o risco de falha de tratamento em 62% (taxa de risco 0,38; intervalo de confiança 95% 0,25 a 0,59; P<0,001.). Apenas 3,8 (IC 95% de 2,7 a 6,2) crianças necessitavam ser tratadas com amoxicilina-clavulanato para evitar a falha de tratamento em uma. Cada um dos 6 componentes do desfecho primário ocorreu menos frequentemente no grupo recebendo antimicrobiana do que no que recebeu placebo.

Em relação aos desfechos secundários, o tratamento de resgate foi necessário em 36,7% do grupo amoxicilina-clavulanato e em 74,6% do grupo placebo (P<0,001). Da mesma forma que no estudo o anterior, não houve diferença no uso de analgésicos e antipiréticos entre os grupos. Absenteísmo em creche foi relatado por 15,9% do grupo ativo e por 25,4% do grupo placebo (P<0,001). Da mesma forma, houve menos falta ao trabalho dos pais no grupo recebendo amoxicilina-clavulanato em relação ao grupo placebo (P=0,005).

Ao menos um efeito adverso ocorreu em 52,8% do grupo que recebeu amoxicilina-clavulanato e em 36,1% do grupo placebo (P=0,003). O efeito adverso mais comum foi diarreia, sendo significativamente mais comum no grupo amoxicilina-clavulanato do que no placebo (47,8% vs 26,6%).

Conclusão

O ponto mais importante para se indicar antimicrobiano para tratamento de OMA deve ser a certeza diagnóstica, que vem pelo achado de abaulamento. Casos "reais" de OMA se beneficiam do antimicrobiano. Mesmo assim, em casos de crianças maiores de 6 meses, principalmente se não tiverem doença grave (febre alta e otalgia intensa ou outra complicação), pode-se acompanhar o quadro clínico sem prescrição de antimicrobianos ou com prescrição antecipada de antimicrobianos para serem usados caso não haja melhora dos sintomas em 48 horas, utilizando-se analgésicos e antipiréticos nesse ínterim. A resistência bacteriana é um fenômeno crescente e ameaçador que está diretamente ligado ao uso indiscriminado de antimicrobianos. Adotando-se critérios mais conservadores, como os acima comentados, pode-se reduzi-la.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vergison A, Dagan R, Arquedas A. Otitis media and its consequences: beyond the earache. Lancet Infect Dis. 2010 Mar;10(3):195-203. Review.
2. Chonmaitree T. Otitis media: can clinician's findings predict bacterial or viral etiology? Pediatr Infect Dis J. 2000;19:256-60.
3. Ramilo O. Role of respiratory viruses in acute otitis media: implications for management. Pediatr Infect Dis J. 1999;18:1125-9.
4. Heikkinen T, Thint M, Chronmaitree T. Prevalence of various respiratory viruses in the middle ear during acute otitis media. N Engl J Med. 1999;340:260-4.
5. Bluestone CD, Stephenson JS, Martin LM. Ten-year review of otitis media pathogens. Pediatr Infect Dis J. 1992;11(suppl. 8):S7-S11.
6. Liebovitz E, Dagan R. Antibiotic treatment for acute otitis media. Intern J Antimicrob Agents. 2000;15:169-177.
6. Lopes Filho O, Mimica I, Betti E, Burlamaqui JC, Takara C Mimica LJ. Eficácia clínica e bacteriológica da associação clavulanato de potássio + amoxicilina e do cefaclor em otites médias agudas em crianças. Folha Med. 1992;104:39-42.
7. Saffer M, Lubianca Neto JF. Diagnóstico Otoscópico da Otite Média Aguda com Secreção. Jornal de Pediatria. 1992;68:394-397
8. Sih T. Acute otitis media in brazilian children: analysis of microbiology and antimicrobial susceptibility. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2001;110:662-6.
9. Klein JO. Is otitis media a treatable disease? New Engl J Med. 2011;364:168-9.
10. Bakwin H, Jacobinzer H. Prevention of purulent otitis media in infants. J Pediatr. 1939;14:730-6.
11. Page JR. Report of acute infections of middle ear and mastoid process at Manhattan Eye, Ear, and Throat Hospital during 1934: their prevalence and virulence. Laryngoscope. 1935;45:839-41.
12. Granizo JJ, Aguilar L, Casal J, García-Rey C, Dal-Ré R, Baquero F. Streptococcus pneumoniae resistance to erythromicin and penicillin in relation to macrolide and beta-lactam consumption in Spain (1979-1997). J Antimicrob Chemother. 2000;46:767-73.
13. Chen DK, McGeer A, de Azevedo JC, Low DE. Decreased susceptibility of Streptococcus pneumoniae to fluoroquinolones in Canada. Canadian Bacterial Surveillance Network. N Engl J Med. 1999;341:233-9.
14. Van de Sande-Bruinsma N, Grundmann H, Verloo D, Tiemersma E, Monen J, Goossens H, Ferech M. European Antimicrobial Resistance Surveillance System Group; European Surveillance of Antimicrobial Consumption Project Group. Antimicrobial drug use and resistance in Europe. Emerg Infect Dis. 2008;14:1722-30.
15. Van Buchen FL, Peeter MF, Van't Hof MA. Acute otitis media: a new treatment strategy. BMJ. 1985;290:1033-37.
16. Van Buchem FL, Dunk JH, van't Hof MA. Therapy of acute otitis media: myringotomy, antibiotics, or neither? A doubleblind study in children. Lancet. 1981;2:883-7.
17. Rosenfeld RM, Vertrees JE, Carr J, et al. Clinical efficacy of antimicrobial drugs for acute otitis media: metaanalysis of 5400 children from thirty-three randomized trials. J Pediatr 1994;124:355-67.
18. Del Mar C, Glasziou P, Hayem M. Are antibiotics indicated as initial treatment for children with acute otitis media? A metaanalysis. BMJ. 1997;314:1526-9.
19. Marcy M, Takata G, Chan LS, et al. Management of acute otitis media. Evid Rep Technol Assess (Summ). 2000;15:1-4.
20. Rovers MM, Glasziou P, Appelman CL, et al. Antibiotics for acute otitis media: a meta-analysis with individual patient data. Lancet. 2006;368:1429-35.
21. Sanders S, Glasziou PP, Del Mar C, Rovers MM. Antibiotics for acute otitis media in children. Cochrane Database Syst Rev. 2010;1: CD000219.

22. Little P, Gould C, Williamson I, Moore M, Warner G, Dunleavey J. Pragmatic randomised controlled trial of two prescribing strategies for childhood acute otites Media. BMJ. 2001; 322: 336-42.
23. McCormick DP, Chronmaitree T, Pittman C, Saeed K, Friedman NR, Uchida T, Baldwin CD. Nonsevere acute otitis media: a clinical trial comparing outcomes of watchful waiting versus immediate antibiotic treatment. Pediatrics. 2005;115:1455-65.
24. Siegel RM, Kiely M, Bien J, Joseph EC, Davis JB, Mendel SG, et al. Treatment of otitis media with observation and a safety-net antibiotic prescription. Pediatrics. 2003;112:527-531.
25. Spiro DM, Tay KY, Arnold DH, Dziura JD, Baker MD, Shapiro ED. Wait-and-see prescription for the treatment of acute otitis media. A randomized controlled trial. JAMA. 2006;296:1235-41.
26. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Managementof Acute Otitis Media. Diagnosis and management of acute otitis media. Pediatrics. 2004;113:1451-65.
27. Carlin et al. J Pediatr. 1991;118: 178-83 e Dagan et al. Pediatr Infect Dis J. 1998; 17:776-82.
28. Karma PH, Penttilä MM, Kataja MJ. Otoscopic diagnosis of middle ear effusion in acute and non-acute otitis media. I. The value of different otoscopic findings. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 1989;17:37-49.
29. Saffer M, Lubianca Neto JF. Avaliação do poder diagnóstico dos sintomas e sinais otomicroscópicos na otite média aguda em crianças. Rev Bras Otorrinolaringol. 1994;60:246-30.
30. Coker TR, Chen LS, Newberry SJ, et al. Diagnosis, microbial epidemiology, and antibiotic treatment of acute otitis media in children. JAMA. 2010;304:2161-69.
31. Hoberman A, Paradise JL, Rockette HE, et al. Treatment of acute otitis media in children under 2 years of age. N Engl J Med. 2011;364:105-15.
32. Tähtinen PA, Laine MK, Huovinen P, et al. A placebo-controlledtrial of antimicrobial treatment for acute otitis media. N Engl J Med. 2011;364:116-26.
33. Hoberman A, Dagan R, Leibovitz E, et al. Large dosage amoxicillin/clavulanate, compared with azithromycin, for the treatment of bacterial acute otitis media in children. Pediatr Infect Dis J. 2005;24:525-32.

Antibioticoterapia nas faringotonsilites

Maria Beatriz Rotta Pereira e Berenice Dias Ramos

As faringotonsilites são usualmente de origem viral (adenovírus, influenza, parainfluenza, coxsackie, vírus sincicial respiratório, herpes e vírus de Epstein-Barr), mas podem ser causadas por bactérias, especialmente o estreptococo β-hemolítico do grupo A (EBHGA), responsável pela única faringotonsilite bacteriana onde o tratamento com antibióticos está definitivamente indicado, com o objetivo de prevenir sequelas não supurativas. Hemófilos, moraxela, estafilococo dourado, pneumococo, germes anaeróbios, clamídia e micoplasma também são bactérias causadoras de infecções faringotonsilares, mas exigem tratamento somente em situações individuais.

As faringotonsilites por EBHGA são mais frequentes na faixa de 3-15 anos de idade e a preocupação em relação a esta etiologia deve-se ao seu potencial de causar infecções purulentas e invasivas, escarlatina, glomerulonefrite e febre reumática, sendo altamente transmissível e capaz de disseminar-se rapidamente em creches e escolas.

Aspectos da história e do exame físico podem sugerir a etiologia viral ou bacteriana, infelizmente com baixa especificidade e sensibilidade. Coriza, obstrução nasal, espirros, rouquidão, aftas (coxsackie ou herpes) e sintomas gastrintestinais associam-se frequentemente a doenças virais, acompanhados ou não de elevações da temperatura corporal.

Já a infecção por EBHGA costuma ter início súbito, febre ≥ 38ºC, dor de garganta e achados no exame físico que incluem hiperemia, hipertrofia e exsudato tonsilar, junto com linfoadenopatia cervical anterior e subângulo mandibular dolorosa. Sinais de envolvimento mais extenso das vias aéreas superiores (coriza, espirros, etc) não costumam estar presentes nas infecções pelo estreptococo.

Atualmente, é consenso que o diagnóstico da faringotonsilite estreptocócica deve ser **suspeitado** através de dados clínicos e epidemiológicos e **confirmado** por exame cultural ou pelo teste rápido de detecção do antígeno estreptocócico.

O exame cultural da orofaringe é considerado o padrão-ouro para o diagnóstico de infecção por EBHGA e apresenta uma sensibilidade de 90-95%. Cuidado deve ser exercido para que o material seja obtido das duas tonsilas e da parede da faringe, sem tocar em outros locais da cavidade oral. A maior desvantagem do método reside no tempo necessário para a obtenção do resultado. O teste rápido de detecção do antígeno estreptocócico (teste de beira de leito) é também um método adequado, com especificidade de 95% e sensibilidade de 75%. Assim, um resultado positivo no teste rápido não exige confirmação por cultura e permite o tratamento imediato. Por outro lado, havendo forte suspeita de infecção bacteriana, um resultado negativo com o teste rápido não exclui a etiologia estreptocócica e aponta para a necessidade de exame cultural. Esta técnica oferece extrema rapidez na obtenção do resultado (na própria consulta) e seu custo foi significativamente reduzido nos últimos anos.

A necessidade de tratamento com antibacterianos não está presente na maioria das vezes, mas as faringotonsilites são exemplos antigos de prescrição inadequada de

antibióticos. A possibilidade de iatrogenias, e principalmente, o surgimento de cepas bacterianas resistentes aos antimicrobianos são consequências do emprego desnecessário destes medicamentos.

Nas infecções por EBHGA, o uso de antimicrobianos encurta a fase aguda da doença, diminui o potencial de transmissão e reduz o risco de sequelas supurativas e não supurativas. Nessas infecções, o antibiótico iniciado até 9 dias após o início do quadro infeccioso é capaz de impedir a febre reumática. Assim, na impossibilidade de efetuar exame cultural ou teste rápido de detecção do antígeno estreptocócico (conduta ideal), recomenda-se observar e reavaliar em 48-72 horas todo o paciente com quadro clínico de faringotonsilite aguda.

Os antibióticos de 1ª escolha são a penicilina e a amoxicilina. Para prevenir a febre reumática, a penicilina ou a amoxicilina devem ser administradas oralmente por 10 dias, inclusive quando o paciente ficar assintomático, após os primeiros dias de tratamento. Amoxicilina 1x/dia, durante 10 dias, mostrou-se efetiva na erradicação do EBHGA e uma apresentação de liberação lenta foi recentemente aprovada pelo FDA para tratamento em indivíduos > 12 anos. A penicilina G benzatina por via intramuscular está indicada para os que não aderem ao tratamento oral pelo prazo recomendado.

Cefalosporina orais de 1ª geração (cefalexina ou cefadroxil), tomadas durante 10 dias, são alternativas aceitáveis, principalmente em pessoas alérgicas à penicilina, não esquecendo que até 20% dos indivíduos sensíveis à penicilina também o são às cefalosporinas. Crianças com hipersensibilidade imediata (anafilática ou do tipo I) à penicilina não devem ser tratadas com cefalosporinas.

Macrolídeos (eritromicina, claritromicina) e azalídeos (azitromicina) são efetivos no tratamento da doença. Por outro lado, relatos recentes sobre a emergência de EBHGA resistentes a estes fármacos devem restringir seu uso aos pacientes com história de hipersensibilidade à penicilina.

Tratamentos curtos (5 dias ou menos) com cefalosporinas de 1ª e 2ª geração e claritromicina já foram testados e comprovaram a erradicação do EBHGA, mas não existem evidências definitivas que justifiquem sua recomendação.

Sulfonamidas não devem ser empregadas no tratamento da faringotonsilite por EBHGA.

Em situações de tonsilites recorrentes e crônicas deve-se aventar a possibilidade etiológica ou de copatogenicidade por parte de bactérias produtoras de β-lactamase e anaeróbios. Sendo assim, a escolha recairá sobre amoxicilina + ácido clavulânico, cefalosporinas de 2 a geração ou clindamicina, relembrando que ainda não existe consenso quanto à melhor conduta nessas situações. A clindamicina e/ou drenagem cirúrgica são recomendados no abscesso peritonsilar.

Resumo

• As faringotonsilites bacterianas perfazem 20-30% do total e seu tratamento com antibióticos deve visar o germe mais frequente, que é o estreptococo β-hemolítico do grupo A, não tendo sido identificadas, até agora, cepas resistentes à penicilina.

• A presença do EBHGA deve ser comprovada por exame cultural ou por teste rápido de detecção de antígeno, evitando o emprego desnecessário de antibióticos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Diseases. Red Book: report of the Committee on Infectious Diseases. 27th ed; Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2006.
2. Brook I. The role of anaerobic bacteria in tonsillitis. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2005;69:9-19.
3. Casey JR, Pichichero ME. Higher dosages of azithromycin are more effective in treatment of group A streptococcal tonsillopharyngitis. Clin Infect Dis. 2005;40(12):1748-55.
4. Choby BA. Diagnosis and treatment of streptococcal paharyngitis. Am Fam Phys. 2009;79(5):383-90.
5. Clegg HW, Ryan AG, Dallas SD, Kaplan EL, Johnson DR, Norton J, et al. Treatment of streptococcal pharyngitis with once-daily compared with twice-daily amoxicillin – a noninferiority trial. Pediatr Infect Dis J. 2006;25:761-67.
6. Finnish Medical Society Duodecim. Sore throat and tonsillitis. In: EBM Guidelines. Evidence-Based Medicine. Helsinki, Finland: Duodecim Medical Publications Ltd.; 2005.
7. Gerber MA, Baltimore RS, Eaton CB, Gewitz M, Rowley AH, Shulman ST, et al. Prevention of rheumatic fever and diagnosis and treatment of acute streptococcal pharyngitis. American Heart Association Scientific Statement. Circulation 2009;119(11): 1541-51.
8. Gerber MA. Diagnosis and treatment of pharyngitis in children. Pediatr Clin N Am. 2005;52:729-47.
9. Mar CB, Glasziou PP, Spinks AB. Antibiotics for sore throat (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2007. Oxford: Update software.
10. Pereira MBR, Pereira MR. Adenotonsilites. In: Ferreira JP, ed. Pediatria diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artmed Editora; 2005. p. 365-70.
11. Pereira MBR, Ramos BD. Métodos diagnósticos de patologias do anel linfático de Waldeyer. In: Campos CA, Costa HO, eds. Tratado de Otorrinolaringologia. São Paulo: Roca; 2002. p.721-6.
12. Piltcher SL, Piltcher OB, Petrillo VF. Patologias do anel linfático de Waldeyer. In: Costa SS, Cruz OL. Oliveira JA, eds. Otorrinolaringologia – princípios e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p.784-93.
13. Santos AG, Berezin EN. Comparação entre métodos clínicos e laboratoriais no diagnóstico das faringotonsilites estreptocócicas. J Pediatr (Rio J). 2005;81:23-8.

Rinossinusite viral ou bacteriana?

Dra. Berenice Dias Ramos

A rinossinusite aguda é uma infecção dos seios paranasais, que pode ser de origem viral ou bacteriana. A rinossinusite viral aguda (resfriado comum) é extremamente frequente até os sete anos de idade, podendo ocorrer de 6 a 10 episódios infecciosos ao ano nesta faixa etária.

Nos 2-3 primeiros dias, os sintomas são febre, dor de garganta, espirros, coriza clara e inapetência. Após os primeiros dias, a febre, a dor de garganta e a inapetência tendem a desaparecer; a secreção nasal fica mais espessa, podendo ficar verde ou amarela; a tosse e a obstrução nasal persistem. O quadro dura geralmente 5 a 7 dias, podendo persistir por mais do que 10 dias. Se a infecção é apenas viral, embora os sintomas permaneçam por mais do que 10 dias, o paciente melhora progressivamente. O uso de antibióticos neste quadro está contraindicado, pois os antibióticos não têm nenhuma ação contra vírus.

O tratamento da infecção viral é apenas sintomático, com analgésicos e antitérmicos. As lavagens nasais com soluções de cloreto de sódio, isotônicas ou hipertônicas, também podem auxiliar na diminuição dos sintomas.

A rinossinusite aguda bacteriana geralmente acompanha um episódio viral.

Apenas de 0,5 a 10% das infecções virais evoluem para uma rinossinusite aguda bacteriana, necessitando a utilização de antibióticos.

O exame de imagens não deve ser utilizado para o diagnóstico de infecção bacteriana na infância, pois vários estudos demonstraram que crianças com rinossinusite viral têm alterações idênticas às alterações encontradas na rinossinusite bacteriana, portanto, esse exame não nos auxilia a identificar qual a criança que necessita antibioticoterapia.

A Academia Americana de Pediatria sugere os seguintes quadros clínicos para o diagnóstico de rinossinusite bacteriana na infância:

1. Sintomas prolongados – Secreção nasal abundante e tosse persistente, por mais do que dez a doze dias. Esta forma é a mais frequente e não costuma ser acompanhada de febre.

2. Sintomas severos – Desde o primeiro dia, a criança apresenta febre alta e secreção amarela ou verde abundante, ao contrário da secreção aquosa encontrada inicialmente na infecção viral.

3. Recaída – O quadro não melhora após o quinto dia, ao contrário, piora. Na evolução normal de uma infecção viral, o quadro se inicia com febre, prostração e secreção aquosa. Após o quarto ou quinto dia, os sintomas costumam melhorar. Se houver uma infecção bacteriana associada, a febre retorna, a criança piora e a tosse pode aumentar.

Nas três situações citadas, o médico está autorizado a diagnosticar a rinossinusite bacteriana e prescrever antibiótico. Não há necessidade de radiografias.

Uma vez estabelecido o diagnóstico de rinossinusite bacteriana, o antibiótico de escolha é a amoxicilina (45mg/kg/dia) de 12/12h, durante 10 a 14 dias. Se houver alergia à amoxicilina pode-se utilizar a axetil-cefuroxima (30mg/kg/dia) também de 12/12h.

Quando não há melhora em 48-72h ou houve utilização de antibiótico há menos de 30 dias, utiliza-se a amoxicilina-clavulanato em dose alta (90mg/kg/dia de amoxicilina e 6,4 gm/kg/dia de clavulanato) de 12/12h. Em caso de alergia à amoxicilina, utiliza-se a axetil-cefuroxima (30mg/kg/dia) de 12/12h.

Se a criança apresentar edema de órbita ou prostração intensa, deve ser avaliada pelo otorrinolaringologista.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Management of Sinusitis and Committee on Quality Improvement. Clinical practice guidelines: management of sinusitis. Pediatrics. 2001;108(3):798-808.
2. Kristo A, Uhari M, Luotonen J, Koivunen P, Ilkko E, Tapiainen T, Alho OP. Paranasal sinus findings in children during respiratory infection evaluated with magnetic resonance imaging. Pediatrics. 2003;111:586-9.
3. Revai K, Dobbs L, Nair S, Patel JA, Grady JJ, Chonmaitree T. Incidence of acute otitis media and sinusitis complicating upper respiratory tract infection: the effect of age. Pediatrics. 2007;119(6):1408-12.
4. Thomas M, Yawn BP, Price D, Lund V, Mullol J, Fokkens W. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps group. EPOS Primary Care Guidelines: european position paper on the primary care diagnosis and management of rhinosinusitis and nasal polyps 2007 - a summary. Prim Care Respir. J 2008;17(2):79-89.
5. Wald ER. Acute otitis media and acute bacterial sinusitis. Clin Infect Dis. 2011;52(4):S277-S283.
6. Wald ER, Guerra N, Byers C. Upper respiratory tract infections in young children: duration of and frequency of complications. Pediatrics. 1991;87:129-33.

Reconhecimento e tratamento do choque

Pedro Celiny Ramos Garcia*

Introdução: Choque é uma síndrome clínica, com diferentes etiologias que levam à inadequação do organismo em suprir os tecidos com uma quantidade adequada de sangue saturado de oxigênio. Suspeita de choque séptico é mandatória quando febre, taquicardia e vasodilatação estiverem acompanhadas de mudança do estado mental.

Diagnóstico clínico: Sinais precoces são taquicardia e má perfusão tecidual, seguidas de acidose e disfunção cardiocirculatória. Assim, o diagnóstico clínico deve ser feito na presença de criança com infecção suspeita com hipotermia ou hipertermia e com sinais clínicos de má perfusão tecidual, quais sejam, alteração do estado mental e/ou aumento do tempo de perfusão periférica (maior de 2 segundos – choque frio) e/ou pulsos ruins e/ou extremidades frias e moteadas e/ou tempo de perfusão periférica muito rápido (choque quente) e/ou pulsos periféricos hiperdinâmicos e/ou baixo débito urinário (< 1 ml/kg/h). A presença de hipotensão não é necessária para o diagnóstico de choque séptico, porém, é definitiva.

Manejo inicial do choque séptico: Inicia-se pela estabilização da via aérea e respiração adequada. As decisões de intubar e ventilar são clínicas: sofrimento respiratório, hipoventilação, alteração do estado de consciência ou morte iminente. A circulação é a parte mais evidentemente comprometida e reposição volumétrica agressiva deve ser iniciada tão logo o diagnóstico seja feito. Nossos objetivos terapêuticos são restaurar as mínimas condições clínicas do paciente, melhorando a perfusão (enchimento capilar menor que 2 segundos), com pulsos cheios e extremidades quentes, débito urinário maior que 1 ml/kg/h, estado mental adequado e pressão arterial normal para a idade.

Ressuscitação volumétrica: Para iniciar a ressuscitação volumétrica infundimos 20 ml/kg de soro fisiológico em 5-10 minutos. Na maioria das vezes, são necessários 40-60 ml/kg na primeira hora para reverter o quadro. Em algumas situações, será necessária a utilização de suporte farmacológico no choque grave durante a reanimação com líquidos. Na maioria das vezes estes agentes são administrados quando já não existe resposta à utilização de líquidos em bolo, ocorrência de disfunção miocárdica com débito cardíaco baixo e uma redução da oferta de oxigênio que agrava o quadro.

Choque refratário a volume: Os agentes ativos no sistema cardiovascular utilizados inicialmente podem ser classificados como inotrópicos e vasopressores.

A dopamina (5-15 μg/kg/min) é usada como agente de primeira linha nestas condições. Em doses entre 5 e 10 μg/kg/min tem uma ação predominantemente inotrópica. Doses maiores do que 10 mcg/kg/min ativam sua ação vasopressora. A dobutamina também aumenta a contratilidade miocárdica e frequência cardíaca, diminuindo a resistência sistêmica, e é utilizada associada a dopamina em dose alta.

Choque refratário a volume dopamino resistente: Pacientes que não respondem a infusão inicial de dopamina e dobutamina são estratificados conforme as características clínicas dos pacientes em choque frio ou quente. Choque frio é reconhecido pelas extremidades frias e moteadas, má perfusão periférica com enchimento capilar lento (maior que 2 segundos), pulsos periféricos fracos e débito urinário diminuído (menor que 1ml/kg/h).

Pacientes com choque frio ou com fraca resposta adrenérgica devem ser tratados com infusão de adrenalina em doses médias ou altas (0,2-0,5 μg/kg/min). A adrenalina, pode tanto aumentar a RVS (doses altas) ou diminuir a RVS (baixas doses), enquanto também aumenta a contratilidade miocárdica. Seus efeitos no miocárdio são de inotropismo e cronotropismo.

Choque quente é reconhecido pelo rubor de extremidades, enchimento capilar rápido (menor que dois segundos), pulsos cheios ou oscilantes, mas também débito urinário diminuído (menor que um ml/kg/h). Neste caso recomenda-se a utilização de noradrenalina (0,05 a 0,2 μg/kg/min) pela sua ação vasopressora, que age aumentando a resistência vascular sistêmica e o tônus arterial.

Correção de fatores inotrópicos negativos: Durante o tratamento do choque séptico, a reposição de cálcio, glicose e eletrólitos deve ser realizada para manter níveis séricos normais para otimização da função contrátil do miocárdio. O ultimo consenso em choque pediátrico recomenda o uso de hidrocortisona em pacientes com suspeita de insuficiência adrenal por choque refratário a catecolaminas. Neste caso, utilizamos a Hidrocortisona 4mg/kg em bolus inicial seguida de 2 mg/kg/8hs (6mg/kg/dia) por 7d ou enquanto estiver usando drogas vasoativas.

* Professor Adjunto Doutor do Departamento de Pediatria e do Curso de Pós-Graduação em Pediatria e Saúde da Criança da Faculdade de Medicina da PUCRS. Médico Chefe do Serviço de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital São Lucas da PUCRS.

Conclusão: Pacientes com sepse grave e choque séptico permanecem internados por longos períodos e, apesar do uso de agentes antibióticos e suporte avançado de vida, a mortalidade dessa doença permanece estável na última década. Entretanto, nosso conhecimento a respeito da sepse aumentou drasticamente nos últimos anos, o que abriu as portas para o surgimento de novas possibilidades terapêuticas e diagnósticas que podem levar, finalmente, a uma redução importante da morbidade e mortalidade dessa doença.

Leitura adicional

Garcia PC, Piva JP, Casartelli CH, Branco RG. Condutas práticas para o tratamento do choque séptico. In: Piva JP e Pereira PCR (org.). Medicina Intensiva em pediatria. 1 ed. Rio de Janeiro: Livraria e Editora REVINTER; 2004. v. 1. p.163-177.

Brierley J, Carcillo JA, Choong K et al. Clinical practice parameters for hemodynamic support of pediatric and neonatal septic shock: 2007 update from the ACCC Medicine. Crit Care Med. 2009.

Terapia hídrica de manutenção: o que se recomenda

Alicia Maria Fernandez Fernandez

O sal e água são as drogas que nós recomendamos com maior frequência para crianças em diferentes hospitais. Para lidar com elas, devemos entender suas indicações, contraindicações e dose adequada.

A administração de fluidos intravenosos tem dois objetivos:

1. expandir o espaço extracelular quando estiver em déficit (reabastecimento de déficit);

2. repor perdas basais (reabastecimento de manutenção): indicada quando existe uma contraindicação de utilizar a boca ou quando existe uma intolerância dos mesmos.

As soluções usadas para a renovação da manutenção variaram ao longo dos anos e ainda são motivos de controvérsia. Este fato, juntamente com a temida hiponatremia aguda, adquirida em consequência de uma escolha da solução inadequada, justifica a escolha do tema para esta apresentação.

Um pouco de história

Aqui nos referimos a apenas dois trabalhos.

Allen I, Arieff MD. Hyponatremia, convulsions, respiratory arrest, and permanent brain damage after elective surgery in healthy women. N Engl J Med. 1986; 314:1529-1535.

- 15 mulheres previamente saudáveis, submetidas a cirurgia planejada;
- Na (sódio) antes da cirugia foi 138 mEq/l, em 48 horas, 108 mEq/l – A osmolaridade urinária elevada~;
- 4/15 morreram 9/15 deles tiveram compromisso neurológico sequelar;
- Hiponatremia é atribuído ao SIADH. Os autores não analisaram os fatores desencadeantes.

Muitos autores apontam para o risco de morbimortalidade da hiponatremia que está instalado durante a internação, geralmente nas primeiras 48 horas da administração de soluções hipotônicas. No final da década de 1950, publica um trabalho que está em vigor ainda hoje, com duas exceções:

1. Não tomam em conta as perdas insensíveis;
2. Recomenda o aporte de sódio a 2 miliEq c/ 100 ml (20 miliEq/litro: solução muito hipotônica).

Holliday MA, Segar WE. The maintenance need for water in parenteral fluid therapy. Pediatrics 1957; 34(8): 440-1

Peso (Kg)	Kcal o ml	Kcal o ml
De 3 a 10	100/Kg por día	4 Kg por hora
De 11 a 20	1000 + (50/Kg por día)*	40 + (2 Kg por hora)*
> 20	1500 +(20/Kg por día)**	60 + (1 Kg por hora)**

* para cada Kg acima de 10 Kg
**para cada Kg acima de 20 Kg

Arieff A, Ayus J, Fraser C. Hyponatremia and death or permanent brain damage in healthy children. BMJ. 1992;304(6836):1218-1222.

- Revisão 24.412 admissões de cirugia menor em crianças previamente saudáveis;
- Em 83 (0,84 %) se viu hiponatremia no pós-operatório;
- 7 morreram (8,4 %) e 16 desenvolveram edema cerebral;
- Os pacientes com hiponatremia não corrigida a tempo morreram ou ficaram com sequelas.
- Na antes da cirurgia foi 138+/- 2 mEq/l, depois, estava em 115 + /- 7 mEq/l
- O tempo para a instalação dos sintomas foi entre 3 e 120 horas.

SIADH – a hiponatremia no pós-operatório é devido à retenção de água livre e aumento da eliminação de sódio. Nesse caso, há 2 fatores determinantes da hiponatremia durante a internação:

- o excessivo volume administrado;
- a hipotonia da solução usada.

Os fatores de risco no paciente pediátrico de sofrer SIADH e Hiponatremia, consequentemente, são:

- Peri- e postoperative;
- Na inferior a 135 mEq/l o ingresso;
- Diminuição da volemia vascular de qualquer causa;
- Hipotensão;
- Infecção do SNC (meningite, encefalite);
- TEC;
- Bronquiolite, pneumonia;
- SEPSIS;
- Síndrome perdedor de sal;
- Algumas doenças crônicas: diabetes, mucovisidosis;
- Paciente em estado crítico, de um modo geral.

O que é recomendado?

- Divulgar um bom manejo de fluidos em crianças;
- Lembrar que, quando administradas soluções por via intravenosa, devem ser tomadas precauções da mesma forma que quando se indica outra medicação;
- Retirar as soluções hipotônicas dos diferentes lugares habituais da assistência;
- Calcular a contribuição de volume para cada paciente. Não generalizar;
- Em uma criança que recebe hidratação venosa, deve ser realizado balanço hídrico e ionograma;
- Para a ressurreição de o choque, utilizar solução salina isotônica 0.9% (154 mEq/l NaCl);
- No Uruguai, para reposição a diarreia, se você não pode utilizar a via oral, deve utilizar solução 90 (90 mEq/l NaCl) que é a recomendada, mas pode utilizar SRL ou salina isotônica;
- As maiorias das crianças que necessitam de volume podem receber solução meio salina (75 mEq/l NaCl) com glicose 5% e adicionadas com K. É uma solução hipotônica que é segura se não houver SIADH, que não deve ser utilizada no caso de existir;
- Em caso de existir um risco da SIADH, é recomendado usar solução salina normal (0,9 %) com glicose 5 %;
- No Uruguai, promove-se o abandono do cálculo das contribuições de sódio / Kg de peso corporal;
- Abandonado o uso das soluções que são muito hipotônicas (1/3 salino);
- Recomenda utilizar solução salina isotônica para a reposição do choque ou desidratação grave;
- H20 livre é tomada pela boca, não é administrada por via intravenosa.

É preciso ser prudente no momento de fazer uma indicação e pensar que se não fizermos as coisas certas, podemos provocar danos irreversíveis e até mesmo a morte. Recordemos a frase do poeta chilena Gabriela Mistral "o futuro das crianças é sempre hoje".

Pneumonia que não responde

Paulo JC Marostica

As pneumonias continuam sendo importante problema de saúde pública, sendo uma das principais causas de mortalidade em crianças menores de cinco anos de idade, após o período neonatal.

Diferentes definições são encontradas na literatura para pneumonia. Há a definição "infectopatológica" que leva em consideração a presença de germes no parênquima pulmonar associada à resposta inflamatória (consolidação). Há a definição clínica, baseada na presença de taquipneia, que é a utilizada nos algoritmos da OMS, definição essa pragmática, mas que peca pela falta de especificidade. E, finalmente, há a definição clínico-radiológica, que pressupõe a presença de achados clínicos de pneumonia associados a infiltrados pulmonares na radiografia de tórax. Essas diferentes definições têm grande relevância, pois os diferentes ensaios que testam drogas e modalidades terapêuticas não necessariamente se referem ao mesmo perfil de paciente.

Não se encontra facilmente na literatura a definição do que seja uma pneumonia que não responde, mas, baseando-se no senso comum de tratamento das doenças bacterianas, defini como aquela pneumonia na qual o paciente não apresenta melhora clínica após 48 a 72 horas de tratamento com antimicrobianos.

A primeira pergunta a ser feita nessa situação é se o paciente em questão tem mesmo pneumonia. Muitas malformações pulmonares apresentam-se como uma imagem

torácica em uma criança com febre por outra razão e essa alteração radiológica não melhorará com tratamento antimicrobiano. Raciocínio semelhante pode ser feito em paciente asmático com uma atelectasia.

A segunda pergunta que devemos fazer é se a criança não está realmente melhor. Muitas vezes houve resposta clínica, mas a imagem radiológica pode demorar vários meses para a resolução, não necessitando qualquer intervenção adicional.

No caso de estarmos realmente lidando com uma pneumonia que não responde, ou seja, um paciente mantendo febre e/ou sinais clínicos de pneumonia após uso de antimicrobiano, algumas situações devem ser consideradas.

A presença de uma doença de base como, por exemplo, uma doença neuromuscular com comprometimento da ventilação, pode levar a uma demora mais acentuada na recuperação.

Na presença de imunodeficiências, agentes etiológicos menos frequentes e germes oportunistas podem estar envolvidos e o espectro antimicrobiano deve necessariamente dar cobertura a eles.

Algumas vezes, o germe envolvido é um germe comum, porém, resistente ao esquema empregado. Com frequência, observa-se que um paciente com infecção por germe atípico não recebe cobertura adequada.

Muito se tem falado da resistência bacteriana do pneumococo à penicilina. Deve ser lembrado que, em nosso meio, a prevalência dessa resistência ainda é baixa. Além disso, como o parênquima pulmonar é muito irrigado, parece que somente cepas com MIC muito elevado não apresentam boa resposta à penicilina e, portanto, permanece uma excelente droga para o tratamento das pneumonias causadas por esse agente.

Na prática clínica, no entanto, a situação mais comum de resposta inadequada ao tratamento com antibióticos é o surgimento de complicações da pneumonia, principalmente o surgimento de derrame pleural que pode evoluir para empiema pleural. Essa complicação está associada a uma evolução mais arrastada, com febre prolongada e requer, muitas vezes, intervenções adicionais.

Literatura sugerida

1. Rudan I, Boschi-Pinto C, Biloglav Z, Mulholland K, Campbell H. Epidemiology and etiology of childhood pneumonia. Bull World Health Organ. 2008;86:408-416.
2. Bradley JS. Management of community-acquired pediatric pneumonia in an era of increasing antibiotic resistance and conjugate vaccines. Pediatr Infect Dis J. 2002;21:592–598.
3. Heffelfinger JD, Dowell SF, Jorgensen JH, Klugman KP, Mabry LR, Musher DM, Plouffe JF, Rákowsky A, Schuchat A, Whitney CG, and the Drug-Resistant Streptococcus pneumoniae Therapeutic Working Group. Management of community-acquired pneumonia in the era of pneumococcal resistance. Arch Intern Med. 2000;160:1399-1408.
4. Mamtani M, Patel A, Hibberd PL, Tuan TA, Jeena P, Chisaka N, Hassan M, Radovan IM, Thea DM, Qazi S, Kulkarni H. A clinical tool to predict failed response to therapy in children with severe pneumonia. Pediatr Pulmonol. 2009;44:379-386.
5. Vuori-Holopainen E, Salo E, Saxén H, Hedman K, Hyypiä T, Lahdenperä R, Leinonen M, Tarkka E, Vaara M, Peltola H. Etiological diagnosis of childhood pneumonia by use of transthoracic needle aspiration and modern microbiological methods. Clin Infect Dis. 2002;34:583-590.
6. Coote NMA, Craig J, Heath PT, McKenzie AS, Saul P, Smyth R, Thomson AH for Pneumonia in Childhood Guideline Development Group of BTS Standards of Care. BTS guidelines for the management of community-acquired pneumonia in childhood. Thorax. 2002;57(Suppl 1):i1-i24.
7. Balfour-Lynn IM, Abrahamson E, Cohen G, Hartley J, King S, Parikh D, Spencer D, Thomson AH, Urquhart D on behalf of the Paediatric Pleural Diseases Subcommittee of the BTS Standards of Care Committee BTS guidelines for the management of pleural infection in Children Thorax. 2005;60(Suppl I):i1-i21.
8. Diretrizes brasileiras em pneumonia adquirida na comunidade em pediatria. 2007. J Bras Pneumol. 2007;33(Supl 1):S 31-S 50.

Asma: manejo da intercrise

Paulo Marcio Pitrez

O objetivo do tratamento da asma é o controle da doença. Além da educação familiar sobre a doença e medidas básicas de higiene ambiental, o controle medicamentoso deve ser sempre considerado naqueles casos de asma persistente. Este controle é considerado quando a criança apresenta ausência de: sintomas diurnos, sintomas noturnos, limitação nas atividades físicas, necessidade de medicação de resgate, exacerbações e função pulmonar alterada (quando for possível a realização de espirometria)

Tratamento farmacológico

A escolha dos fármacos e regime de tratamento deve seguir inicialmente a classificação da gravidade da doença do paciente, segundo diretrizes internacionalmente consagradas. A partir deste momento, muda-se o tratamento de acordo com o controle da doença, aumentando ou reduzindo doses, adicionando ou removendo fármacos. A administração das medicações preventivas na criança devem

ser prescritas através de inalador dosimetrado (*spray*), com espaçador dotado de máscara facial (para os menores de 4 anos) ou bocal (usualmente entre 4 e 6 anos).

Classificação da gravidade e tratamento

A frequência e intensidade dos sintomas, assim como sua repercussão nas atividades habituais e necessidade de utilização de corticoides sistêmicos, hospitalizações e demanda por serviços de urgência são informações importantes para classificar a gravidade da asma como doença crônica e decidir pela melhor opção terapêutica. A classificação da asma segue a recomendação do *Global Initiative for Asthma* (GINA) e pode ser acessado em www.ginasthma.org.

Além das medidas de controle ambiental e educação do paciente e da família, a asma não controlada ou persistente necessita de medicação profilática de uso contínuo (terapia de manutenção). O corticoide inalatório (CI) é a opção de melhor relação entre custo e efetividade. Além deles, pode-se recorrer aos beta-2 agonistas de longa duração (LABAs), liberados para uso em crianças acima de 6 anos, e aos antileucotrienos. Estas medicações são utilizadas em geral como uma forma de se evitar o uso de doses mais altas de CI. O LABA não deve ser usado em monoterapia, devendo ser sempre associado ao CI. O anti-leucotrieno é uma opção como monoterapia em lactentes e crianças com asma persistente leve (ver www.ginasthma.org).

A posologia deve ser a mais simples possível, uma ou, quando necessário, duas administrações diárias visando facilitar a adesão. O uso de espaçador com CI e LABA deve sempre ser recomendado por garantir melhor deposição pulmonar e menor incidência de efeitos colaterais. Para crianças maiores e adolescentes, os inaladores de pó são uma alternativa segura que permite maior comodidade de uso.

O tratamento de manutenção tem caráter dinâmico e a criança deve ser periodicamente reavaliada, idealmente a cada três meses. É difícil predizer a resposta clínica ao tratamento. Para a maioria dos medicamentos de controle, a melhora pode acontecer dentro de alguns dias após o início do tratamento, mas o benefício completo pode ser evidente apenas no decurso de 3 a 4 meses. Existem poucos dados resultantes de ensaios clínicos controlados sobre o momento ideal, sequência e magnitude da redução da dosagem da corticoterapia inalatória e drogas a ela acrescidas. A abordagem poderá ser diferente em pacientes distintos, dependendo do esquema e das doses que forem necessárias para alcançar o controle. As mudanças devem ser discutidas com a família, colocando-se a possibilidade do reaparecimento de sintomas e exacerbações durante a modificação do regime terapêutico. O GINA recomenda que, após obtenção do controle dos sintomas por três meses, a dose de CI seja reduzida, e se o controle for mantido por um ano, que o CI seja suspenso com observação clínica posterior. É importante saber que diante de sintomas parcialmente ou não controlados, antes de se elevar a dose do CI ou associar outros medicamentos, deve-se atentar para a possibilidade de má adesão, erros na técnica inalatória, fatores desencadeantes de origem ambiental e presença de comorbidades.

Os corticoides inalatórios em doses baixas e médias são medicamentos seguros e os efeitos colaterais mais comuns são locais (candidíase oral e disfonia), e são reduzidos com a utilização de espaçadores e por enxágue (seguido ou não à escovação dos dentes) da cavidade oral após a sua administração. Quando ocorre eventual redução da velocidade de crescimento, esta acontece mais no primeiro ano de tratamento e é temporária. Estudos têm demonstrado que crianças com asma, tratadas com CI, atingem a altura final esperada na vida adulta. Por outro lado, sabe-se que a asma grave não controlada afeta de forma adversa o crescimento e a altura final.

Ao se deparar com uma criança com asma, o médico deve principalmente procurar conhecer a característica da doença da criança, acompanhar sua evolução, perceber as dificuldades existentes e observar a resposta à proposta terapêutica, reavaliando e adaptando sempre às demandas e possibilidades do paciente e da família. Dialogar sobre a real possibilidade de controle da doença e mesmo de sua remissão é reconfortante e encorajador. É fundamental tornar claro para pacientes e familiares que, ainda que o tratamento não seja simples e os resultados não sejam imediatos, os conhecimentos e recursos terapêuticos atuais possibilitam, com certeza, uma ótima qualidade de vida aos pacientes com esta doença.

Nutrição do pré-termo após a alta

Dra Rita de Cássia Silveira*

A maioria dos prematuros experimenta uma situação de déficit nutricional durante a hospitalização na UTI Neonatal, classicamente conhecida como crescimento extra-uterino restrito. O déficit de crescimento após a alta hospitalar tende a ser sustentado; tanto que no seguimento ambulatorial aos 18 a 22 meses de idade corrigida aproximadamente 40% dos prematuros ainda apresenta significativo déficit de crescimento. Desta forma, após a alta da UTI Neonatal, nosso papel é determinar o requerimento nutricional do prematuro para que haja crescimento harmônico, com especial atenção no *catch up* do crescimento. O *catch up* tem que ocorrer no momento ideal, não muito precoce para que não predisponha a Síndrome Metabólica na vida adulta, nem tardio o que poderá causar déficit nutricional e por consequência atraso no neurodesenvolvimento.

As necessidades nutricionais dos prematuros ainda não estão completamente definidas na literatura, mas se acreditam que sejam maiores que as de crianças nascidas a termo, em função do objetivo de recuperação de um déficit prévio no crescimento (*catch up*). De forma geral, é aceito como necessidades básicas no primeiro ano de vida a oferta hídrica de 150 – 200 ml/kg/dia; calórica de 120 – 130 cal/kg/dia; proteica de 2,5 -3,5 g/kg/dia; lipídica de 6,0 – 8,0 g/kg/dia e de carboidratos de 10 - 14 g/kg/dia. Para alcançar esta meta nutricional básica, o prematuro necessita um programa de orientação alimentar e nutricional padronizado, incluindo rotinas básicas e adequando as suas necessidades. O pediatra necessita estar preparado para orientar a família e coordenar a equipe multiprofissional que usualmente acompanha as crianças muito prematuras.

O leite materno é sempre a primeira escolha na alimentação enteral após a alta. Fórmulas lácteas para primeiro (de início) e segundos semestres (de seguimento); são alternativas ao aleitamento materno (AM), podendo ser empregadas em conjunto com AM se for necessário (aleitamento misto). O volume de 200 ml/kg/dia das fórmulas de início é suficiente para oferta proteica e calórica adequadas.

Nos prematuros com ganho de peso subnormal para idade pós-concepcional ou com Displasia broncopulmonar, onde há a necessidade de restrição hídrica, está indicado suplementar com altas ofertas de proteína, minerais e oligoelementos além de LC-PUFAS, pelo menos até 52 semanas de idade corrigida. Como nestes casos mais graves o aleitamento materno é mais difícil, pois a longa permanência na UTI neonatal gera maior nível de *stress* e prejudica o pleno aleitamento materno, a alternativa é o uso de fórmulas infantis mais concentradas (uma medida do pó em 25 ml de água fervida, ao invés dos 30 ml recomendados pelo fabricante, o que resulta em densidade calórica 20% maior e obtém-se com volume 150 ml/kg/dia a oferta calórica de 120 Kcal/kg/dia).

O início da alimentação complementar depende da maturidade neurológica da criança, razão pela qual emprega-se a idade corrigida como parâmetro de decisão, e não a idade cronológica da criança. A idade corrigida ou pós-concepcional (IC) é determinada pela seguinte fórmula: IC= I cronológica (dv ou sem) – (40 sem - IGP sem).

A criança nascida prematura é capaz de fazer rolar para 2/3 posterior da língua os alimentos semi-sólidos colocados no 1/3 anterior da língua entre três e quatro meses de idade corrigida, já o reflexo de mastigação estará presente somente entre cinco e seis meses de IC; nesta fase, a criança é capaz de controlar o reflexo de abrir a boca para dar entrada à colher e girar a cabeça para os lados. Nas crianças em aleitamento misto (a maioria), inicia-se alimentação complementar entre quatro e seis meses de IC e quando a criança adquire pelo menos 5 kg de peso, ou seja, tem condições de gastar calorias. A alimentação complementar é iniciada aos seis meses de idade corrigida, nas crianças em aleitamento materno exclusivo, já o prematuro que recebe apenas aleitamento artificial poderá iniciar com alimentação complementar mais cedo, com três meses de idade corrigida.

Suplementos: vitaminas, ferro e zinco

A suplementação com ferro e vitaminas ACD inicia na internação neonatal. As vitaminas com 10 dias de vida e o ferro entre 15 dias e dois meses de vida, quando haveria a queda da saturação dos transportadores plasmáticos e da ferritina, o início depende ainda das condições clínicas para alimentação enteral. A quantidade do ferro ofertada varia com o mais baixo peso ao nascer: nos prematuros acima de 1.500 gramas de peso de nascimento, a partir de 30 dias de vida, recomenda-se 2 mg /kg/dia durante 1 ano e 1 mg/kg/dia por mais 1 ano, naqueles nascidos entre 1.500 gramas e 1.000 gramas de peso, 3 mg/kg/dia durante 1 ano e mais 1 mg/kg/dia entre 1 e 2 anos de idade e aos recém-nascidos com peso inferior a 1.000 gramas, deve ser ofertado 4 mg /kg/dia durante 1 ano e 1 mg /kg/dia mais 1 ano.

* Membro DC Neonatologia SBP. Professora Departamento de Pediatria Universidade Federal do RS. Chefe do Ambulatório de Neonatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

O zinco é oligoelemento fundamental nos processos fisiológicos que envolvem função imune, defesa antioxidante e influencia no crescimento e no desenvolvimento de tal forma que a sua deficiência pode causar déficit de crescimento pôndero-estatural. A suplementação diária com 5 mg de zinco por seis meses melhora significativamente crescimento do prematuro. O sulfato de zinco é iniciado com 36 semanas de idade corrigida, até o sexto mês de idade corrigida. O Sulfato de zinco deve ser formulado (10 mg/ml) e adicionado a oferta alimentar.

Dificuldades comportamentais alimentares

As dificuldades alimentares do prematuro podem ser consequências de alguma morbidade do período neonatal, como enterocolite necrosante ou displasia bronco-pulmonar, ou ainda causada pelo "stress de memória". O uso prolongado de sonda gástrica tem sido descrito como causa de fobia alimentar no seguimento ambulatorial após a alta. A fobia alimentar pode ocorrer sempre que a criança sofreu alguma experiência assustadora (engasgo por disfagia, distúrbio de deglutição, problemas neurológicos, são alguns exemplos). Dentre as manifestações clínicas que auxiliam no diagnóstico de fobia alimentar há a presença de comportamento oral defensivo importante, a criança chora ao ver o alimento ou a mamadeira, resiste à alimentação (arqueando o corpo, recusando-se a abrir a boca); disfagia orofaríngea com sinais clínicos de aspiração para todas as consistências (tanto líquida, quanto pastosa); reflexo de náusea muito acentuado, contribuindo para ocorrência de vômitos e demanda de muito tempo durante as refeições e lanches: em média uma hora/refeição.

Concluindo, devemos monitorizar a ingestão calórica e interpretar o ritmo de crescimento do prematuro, baseando-se em um entendimento mais amplo da história pregressa de cada um destes pré-termos, as morbidades durante sua longa permanência na UTI Neonatal, os problemas no *follow-up* e expectativas de crescimento no futuro. A adequada orientação alimentar enteral pós-alta, especialmente no primeiro ano de vida, amplia a expectativa de melhor qualidade de vida ao prematuro, proporcionando crescimento e desenvolvimento saudáveis, enquanto processos integrados e contínuos.

Referências

1. Euser AM, de Witt CC, Finken MJJ, Rijken M, Wit JM. Growth of preterm born children. Horm Res. 2008;70:319-328.
2. Dusick AM, Poindexter BP, Ehrenkranz RA, Lemons JA. Growth failure in the preterm infant: can we catch up? *Sem Perinatol*. 2003;27 (4):302-310.
3. Silveira RC, Procianoy RS. Crescimento nos primeiros anos de vida de recém-nascidos de muito baixo peso. In: Procianoy RS, Leone CR, editores. PRORN. Ciclo 7- Módulo 4. Porto Alegre: Artmed/ Panamericana editora. 2010;p 49-86.
4. Lin H-C, Hsu C-H, Chen H-L, Chung MY, Hsu JF, Lien R et al. Oral probiotics prevent necrotizing enterocolitis in very low birth weight preterm infants: a multicenter, randomized, controlled trial. Pediatrics. 2008;122:693-700.
5. Sices L, Wilson-Costello D, Minich N, Friedman H, Hack M. Post-discharge growth failure among extremely low birth weight infants: Correlates and consequences. Paediatr Child Health. 2007;12: 22-28.
6. Mozaffari-Khosravi H, Shakiba M, Mohamad-Hassan E, Fatehi F. Effects of zinc supplementation on physical growth in 2–5-year-old children,. Biol Trace Elem Res. 2009;128:118-127.

Sepse neonatal

Renato S. Procianoy*

A sepse é uma das principais causas de morbi-mortalidade no período neonatal. A incidência varia de 1 a 8 casos por cada 1.000 nascidos vivos, sendo que nos recém-nascidos pré-termos com peso de nascimento inferior a 1.500 gramas, a incidência de sepse comprovada por cultura positiva está entre 11% e 25%.

O diagnóstico e a antibioticoterapia precoces, acompanhados do manejo apropriado dos problemas metabólicos e respiratórios, podem reduzir de forma significativa os problemas relacionados com a sepse neonatal.

A sepse precoce ocorre nas primeiras 48 a 72 horas de vida e os agentes etiológicos, quando identificáveis, pertencem ao trato genital materno, sendo os mais frequentes o *Streptococcus agalactiae* e *Escherichia coli*.

A sepse tardia ocorre após as primeiras 72 horas de vida e os agentes etiológicos quando identificáveis são os germes hospitalares quando o recém-nascido está internado (mais frequentes:*Stpahylococcus* coagulase negativo e gram- negativos) ou germes comunitários (mais frequente *Staphylococcus aureus*) quando o recém-nascido está no domicílio.

O diagnóstico da sepse neonatal precoce é difícil. Os sinais clínicos iniciais podem ser mínimos ou inespecíficos e os exames laboratoriais auxiliares apresentam sensibilidade

* Prof. Titular de Pediatria da UFRGS. Chefe do Serviço de Neonatologia do HCPA.

e especificidades inferiores ao ideal esperado. A presença do germe em culturas é considerada "padrão-ouro" para diagnóstico. É importante salientar que o risco de infecção em recém-nascido assintomático é baixo.

O diagnóstico da sepse neonatal precoce se baseia em:

- Fatores de risco maternos;
- Manifestações clínicas do recém-nascido;
- Exames laboratoriais.

Fatores de risco maternos

- Febre materna;
- Infecção urinária;
- Ruptura de membranas;
- Infecção do trato genital.

Manifestações clínicas do recém-nascido:

- Instabilidade térmica;
- Apneia, bradipneia, gemência, taquipneia, retrações esternais e subcostais, batimentos de asas nasais e cianose;
- Hipotonia e convulsões;
- Irritabilidade e letargia;
- Sintomas gastrintestinais, como distensão abdominal, vômitos, resíduo gástrico e dificuldade de aceitação alimentar;
- Icterícia idiopática;
- Palidez cutânea, pele fria e sudorética, hipotensão e tempo de enchimento capilar superior a 3 segundos.
- Sinais de sangramento, com quadro clínico sugestivo de coagulação intra-vascular disseminada;
- Avaliação subjetiva: RN que "não parece estar bem".

Exames laboratoriais

- Exames bacteriológicos:
  - Hemocultura;
  - Exame de líquor;
  - Urocultura em sepse tardia.
- Exames coadjuvantes:
  - Leucograma: leucocitose > 25.000; ou leucopenia <5.000;
  - Relação neutrófilos imaturos/neutrófilos totais >0,2;
  - Contagem de plaquetas menor que 100.000.
- Testes imunológicos:
  - Proteína C-reativa: > 10 mg/L;
  - Procalcitonina: pouco utilizada;
  - Citocinas: mais em uso de pesquisa.

Manejo:

- Antibioticoterapia:
  - Empírica**:** a seleção de antibióticos deve ser baseada na história e colonização materna quando conhecida. Para sepse precoce, a associação de Ampicilina e Gentamicina.

  Para sepse tardia hospitalar, a associação de vancomicina e amicacina e para a sepse tardia domiciliar a associação de oxacilina e amicacina
- Medidas terapêuticas adjuvantes:
  - Suporte hemodinâmico;
  - Controle da temperatura corporal;
  - Controle da pressão arterial, frequência cardíaca, freqüência respiratória, diurese;
  - Controle da saturação da oxihemoglobina;
  - Controle da glicemia, infusão de soluções hidroeletrolíticas e suporte nutricional.
- **Medidas adjuvantes específicas (muito pouco utilizadas):**
  - Imunoglobulina endovenosa;
  - Transfusão de granulócitos;
  - Transfusão de plasma fresco congelado;
  - Fatores estimulantes de colônias: rhG-CSF (fator estimulador de colônias de granulócitos): só quando prematuro com neutropenia (<1000 neutrófilos).

Manejo das icterícias neonatais

Marcelo P. Porto

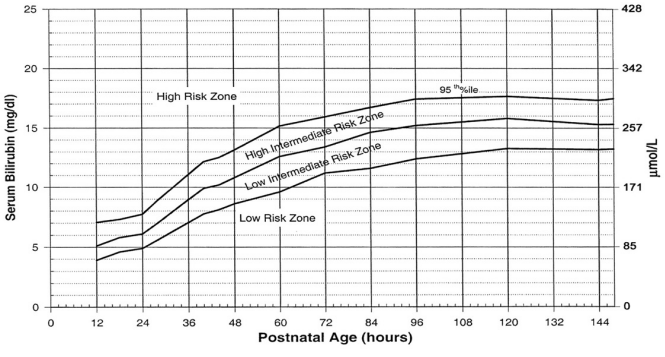
A icterícia é um dos problemas neonatais mais comuns, sendo a expressão clínica da hiperbilirrubinemia, que é definida por uma concentração sérica de bilirrubina indireta (BI) maior que 1,3 a 1,5mg/dl ou de bilirrubina direta (BD) maior que 1,5mg/d, desde que essa corresponda a mais de 10% do valor de bilirrubina total (BT). No entanto, ainda se verifica manejo incorreto dessa condição. Na maior parte das vezes, a icterícia se deve a um aumento da fração indireta da bilirrubina e tem evolução benigna. Entretanto, alguns recém-nascidos, com níveis altos de bilirrubinas (Bb), podem desenvolver encefalopatia bilirrubínica. Portanto, é fundamental que se diagnostique e trate adequadamente a icterícia, para que se evite a alta morbidade e mortalidade dessa condição.

A icterícia neonatal tem progressão cefalocaudal e é perceptível com níveis de BT > 5 – 7mg/dl. A pele deve ser observada em ambiente bem iluminado (preferencialmente com luz natural), devendo ser pressionada com o dedo para que se observe o subcutâneo também. No entanto, a avaliação da coloração amarelada da pele é subjetiva e sujeita a variações individuais, não sendo um bom preditor da gravidade da hiperbilirrubinemia. A forma de avaliação não invasiva mais confiável é a medida transcutânea da bilirrubina. No entanto, para valores >13 – 15mg/dl há a necessidade de corroboração por medida sérica.

Alguns critérios sugerem a presença de icterícia patológica e a diferenciam da fisiológica: surgimento < 24horas de vida; BT > 4mg/dl em sangue de cordão; aumento de BI ≥ 0,5mg/hora entre 4-8 horas nas primeiras 36 horas de vida; aumento de BI ≥ 5mg/dl/dia; BT ≥ 13mg/dl no RNT; BT ≥ 10mg/dl no RNPMT; Icterícia por > 10 dias no RNT; Icterícia por > 21 dias no RNPMT.

Os exames iniciais são: tipagem sanguínea e coombs indireto - mãe (devem constar no pré-natal); no RN: bilirrubinas séricas, tipagem sanguínea, coombs direto, Ht e Hb e reticulócios. Outros exames serão feitos conforme a situação exigir. Mas, em casos de aumento de BD, especialmente em icterícias prolongadas, incluir testes de função hepática, TORCH, triagem para sepse e EIM. Lembrar que o diagnóstico de atresia de vias biliares deve ser feito cedo. Portanto, SEMPRE que ocorrer icterícia prolongada (> 14 dias), deve ser feita dosagem sérica de BT e frações, não se pode avaliar somente clinicamente e nem com bilirrubina transcutânea.

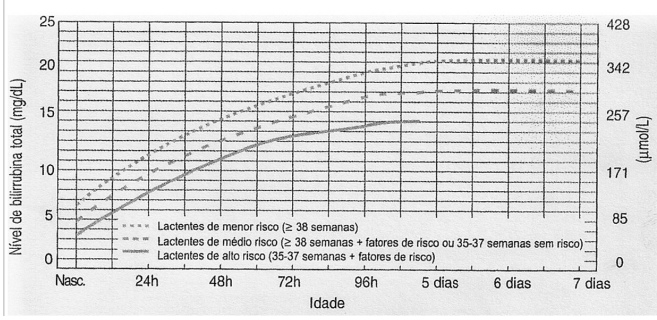
O manejo da hiperbilirrubinemia em RNs com ≥ 35sem IG é feito da seguinte forma: avaliar se RN possuem algum fator de risco para hiperbilirrubinemia grave (idade gestacional 35 – 36 sem., icterícia precoce, perda importante de peso, presença de hematomas, dentre outros); classificar RN conforme nomograma de designação de risco e definir conduta; em RNs de alto risco indicar fototerapia ou exsanguíneo transfusão de acordo com diretrizes da Academia Americana de Pediatria.



Nomograma de designação de risco em RNs saudáveis ≥ 36 semanas IG e peso de nascimento ≥ 2.000g ou ≥ 35 semanas e peso de nascimento ≥ 2.500g conforme valores de Bb hora-específicos (Fonte: Bhutani e cols, 1999)

Todos RNs cujos valores de Bb se encontram no nomograma em zonas de risco intermediário ou alto devem ser reavaliados com BT ou sérica, em período de tempo mais curto (24-48horas). Os que se encontram em zona de baixo risco devem ser reavaliados clinicamente em 48 horas.

A indicação de fototerapia ou exsanguíneo transfusão, conforme as diretrizes da AAP, dependerá do tipo de icterícia (hemolítica ou não) e de características próprias do RN, como idade gestacional, idade em horas de vida e a presença de fatores de risco para dano do SNC (doença hemolítica isoimune, deficiência de G6PD, asfixia, letargia, instabilidade térmica, sepse, acidose, hipoalbuminemia). As diretrizes da AAP são para RNs com >35 semanas de IG e levam em conta a BT (não descontar a BD) e o uso de fototerapia intensiva (mínimo 30µW/cm²/nm; medida ao nível da pele do RN e que atinja a maior superfície corporal possível). A intensidade da fototerapia pode ser aumentada por meio do uso de aparelhos que emitam luz em intensidade maior ou pela adição de mais aparelhos. Lembrar que a fototerapia é um tratamento que pode ter efeitos colaterais e, portanto, deve ter indicações precisas, cuidados com a dose e ser utilizado pelo menor tempo possível. Suspender quando a bilirrubina cair abaixo do nível de indicação. Após 12-24 horas da interrupção, deve-se dosar a BT sérica para identificar a ocorrência de rebote.



Diretrizes para fototerapia em recém-nascidos hospitalizados com ≥ 35 sem. AAP. Pediatrics. 2004;114:297-316.

Para definir os níveis de BT para realização de exsanguíneo transfusão (EST) deve-se seguir as diretrizes da AAP, que podem ser encontradas na seguinte referência: *AAP*. Pediatrics. 2004;114:297-316. Nas situações a seguir podem-se definir as seguintes regras: Realizar EST: **Logo após nascimento**: Hidropsia fetal; mães com antecedentes de perdas fetais por DHRh, ou que na gestação atual já apresentem indícios de DHRh grave e que tenham sinais clínicos e laboratoriais; mães sensibilizadas (CI +), RN com CD + e BI sangue de cordão ≥ 4mg/dl ou Hb ≤ 13g%; **Nas 1ªs 24 horas**: ↑ BI > 0,5mg/dl/h; **Após 24 horas**: RN com PN ≤ 1.800g e BI >1% do PN; RN com PN > 1.800g e BI ≥ 18 mg/dl (Leone CR. Doença Hemolítica Rh e ABO: Aspectos Atuais. PRORN Ciclo 3, Módulo 2).

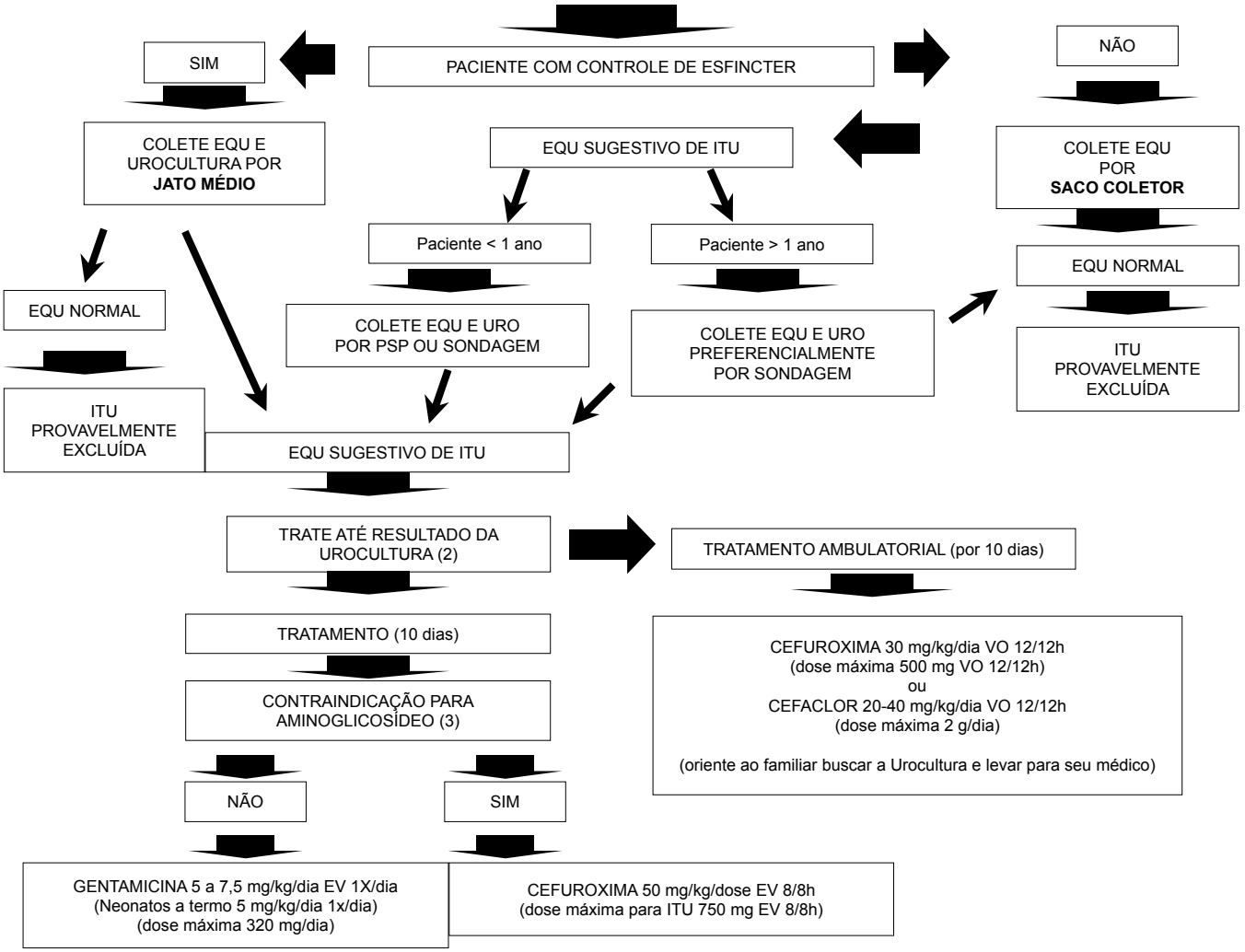
Outras modalidades de tratamento: Fenobarbital: ↑ conjugação da Bb (útil para tratar a hiperbilirrubinemia indireta da S. Crigler-Najar II e a hiperbilirrubinemia direta associada a NPT; Agar oral: diminui a circulação enterohepática; Metaloporfirinas: competem com a hemeoxigenase e assim, diminuem a produção de Bb (Incomp. ABO, Crigler-Najar tipo I); IVIg: inibe hemólise (doença hemolítica isoimune).

Encefalopatia bilirrubínica:

Prevenção:
- Estímulo ao aleitamento materno frequente;
- Monitoração clínica sistemática do RN em alojamento conjunto;
- Evitar alta precoce (<48 horas e em RN com potencial para doença hemolítica, 72h);
- Reavaliação precoce do RN após a alta;
- Antecipação das situações de risco (mãe Rh neg, grupo O, traumatismo de parto, asfixia e outros);
- Adotar condutas considerando fatores de risco e utilizando o nomograma hora-específico de BT p/ designação de risco;
- Indicar fototerapia e EST de acordo com as diretrizes propostas pela AAP.

Protocolo para tratamento de pielonefrite em menores de 18 anos

Dra. Clotilde Garcia



Observações:

1) NUNCA trate ITU com diagnóstico por saco coletor. Colete novamente de forma adequada (ex.: PSP. Jato médio);
2) Com o resultado da Urocultura em mãos, troque para o antimicrobiano com menor espectro (ex.: paciente em uso de cefuroxima, urocultura com sensibilidade a cefalexina → troque para cefalexina);
3) Contraindicação para aminoglicosídeos: IRC, transplantado renal, demais vide bula;
4) CIPROFLOXACINA reservada para casos especiais (ITU repetição com bactéria isolada previamente somente sensível a ciprofloxacina). Prefira discutir o caso com CCIH. Em adolescentes, usar cefuroxima;
5) DOSES DO CEFUROXIMA: Lembre-se EV = 150mg/kg/dia 8/8h / e VO = 30mg/kg/dia 12/12h;
6) TRATAMENTO ITU BAIXA: Acido Nalidíxico 55mg/kg/dia VO 6/6h ou Nitrofurantoína (100mg) 5-7mg/kg/dia VO 6/6h;
7) Lembre-se de iniciar profilaxia após ITU, dose única antes de dormir: < 3 meses Cefalexina 12,5mg/kg 1x/d / > 3 meses Nitrofurantoina 2-3mg/kg 1x/dia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Prospective, randomized trial comparing short and long intravenous antibiotic treatment of acute pyelonephritis in children: dimercaptosuccinic acid scintigraphic evaluation at 9 months. Pediatrics. 2008 Mar;121(3):e553-60. Epub 2008 Feb 11.
2. Early switch to oral versus intravenous antimicrobial treatment for hospitalized patients with acute pyelonephritis: a systematic review of randomized controlled trials. Curr Med Res Opin. 2008 Dec;24(12):3423-34.
3. Retrospective study of children with acute pyelonephritis. Evaluation of bacterial etiology, antimicrobial susceptibility, drug management and imaging studies. Nephron. 2002 Jan;90(1):8-15.
4. Practice Parameter: The diagnosis, treatment, and evaluation of the initial urinary tract infection in febrile infants and young children. Pediatrics. 1999 apr;103(4):843-852.

Alterações anatômicas e funcionais do trato urinário: o que fazer?

Dr. Nicolino Rosito

O conhecimento das alterações, tanto anatômicas como funcionais, do trato urinário no período fetal possibilita avaliar o comprometimento da função e, inclusive, realizar cirurgia intrauterina na tentativa de prevenir a displasia renal, preservar a função dos rins e evitar a hipoplasia pulmonar associada com o oligodrâmnio.

A abordagem das malformações urinárias deve ser multidisciplinar e o diagnóstico precoce das anomalias urinárias diminui a morbidade, principalmente do ponto de vista infeccioso, onde se pode minimizar a recorrência de infecções, evitando, assim, o dano renal.

O resultado perinatal nas uropatias fetais está diretamente relacionado ao grau de acometimento anatômico e funcional dos rins. Portanto, a associação de mau prognóstico com agenesia, lesões displásicas, obstruções baixas e bilateralidade do acometimento renal é esperado. O diagnóstico pré-natal das malformações do trato urinário pode influenciar favoravelmente no prognóstico perinatal pela oportunidade de investigação diagnóstica, tratamento precoce e seguimento especializado.

A definição de hidronefrose fetal pela Sociedade de Urologia Fetal (SUF) está baseada no diâmetro antero-posterior (DAP) de pelve renal > 4 mm. Este achado pré-natal é de aproximadamente 1:188 fetos, sendo que 50% das ecografias com hidronefrose pré-natal são normais após o nascimento. Se o DAP ≥ 20 mm, 94% têm significativa anormalidade que requer cirurgia ou acompanhamento rigoroso, se DAP 10-15 mm, 50% têm anormalidade e se DAP £ 10 mm, 3% têm anormalidade. Quando associado ao MAG3, os critérios de indicação de tratamento pela SUF são: Hidronefrose leve (SFU grau 2, DAP ≤ 15 mm): Tratamento conservador; Hidronefrose grave com boa função (SFU grau 3 ou mais, DAP > 15 mm, função renal > 40%): Tratamento conservador; Hidronefrose grave com função deprimida (SFU grau 3 ou mais, DAP > 15 mm, Função renal < 40%): Tratamento conservador na maioria dos casos. Indicação cirúrgica individualizada; Hidronefrose grave com função renal diminuída (SFU grau 4, DAP > 20 mm, função renal < 40%): Tratamento cirúrgico na maioria dos casos; Hidronefrose bilateral → Similar à hidronefrose unilateral; Hidronefrose grave bilateral → indicação de cirurgia é mais provável.

Dessa maneira, é importante saber pela ecografia pré-natal o DAP da pelve renal, a espessura do parênquima renal, se a hidronefrose é bilateral e se tem dilatação ureteral.

Após o nascimento e em qualquer período da infância, se ocorrer infecção urinária, deve-se investigar sempre a

causa. Assim como os pacientes que apresentam sintomas urinários, tais como gotejamento, disúria, polaciúria, urgência miccional, retenção urinária e incontinência urinária.

As alterações, tanto anatômicas como funcionais do trato urinário, geralmente desencadeiam sintomas e/ou sinais de dilatação do aparelho urinário que podem ser diagnosticados com exames de imagem:

1 – Ecografia: quando o objetivo é avaliar o aparelho urinário, o primeiro exame solicitado é a ecografia com doppler a cores, que mostra muitos achados importantes, como a silhueta e a dinâmica do sistema urinário. A ecografia mostra a presença de dilatação do aparelho urinário, o fluxo urinário, a espessura do parênquima renal, espessura e contração do detrusor, capacidade vesical, resíduo pós miccional, presença de cálculos, etc.

2 – Uretrocistografia miccional (UCM): avalia a uretra, a bexiga e a dinâmica miccional, que é útil para o diagnóstico de alterações anatômicas da uretra e bexiga como divertículos, espessura e forma anormal da parede vesical, colo vesical e uretra, a presença de válvula de uretra posterior ou anterior, ureterocele, refluxo vesicoureteral (RVU) e o esvaziamento da bexiga.

3 – Urografia excretora: demonstra a anatomia e excreção do sistema urinário. Usada para avaliar obstruções do aparelho urinário superior, ureterocele, duplicidade e ectopia ureteral.

4 – Cintilografia renal com DMSA: é útil para avaliar a função renal absoluta e relativa dos rins, assim como avaliar na fase aguda da infecção urinária a presença de cicatriz do parênquima renal e para o diagnóstico de pielonefrite aguda.

5 – Cintilografia renal com MAG 3 e com DTPA: são para avaliar a excreção do trato urinário superior e avaliar a função renal relativa.

6 – Cistograma nuclear: é mais sensível que a UCM para detectar RVU. É mais utilizado para seguimento dos pacientes com RVU que já se conhece a anatomia fornecida pela UCM previamente realizada.

7 – Urodinâmica: é indicada para avaliação da dinâmica e função vesical durante o enchimento e esvaziamento da bexiga, principalmente nos casos de disfunção miccional e a resposta ao tratamento. A avaliação urodinâmica deve pesquisar as pressões de armazenamento, contrações, complacência e estabilidade do detrusor, capacidade vesical, função do esfíncter uretral, uroflu-xometria, micções, perdas urinárias e eletromiografia.

8 – Outros: tomografia computadorizada, urorressonância magnética, estudos retrógrados e uretrocistoscopia são utilizados para casos especiais de difícil diagnóstico.

Assim, o diagnóstico das alterações anatômicas e funcionais do trato urinário são realizados com a combinação destes exames conforme a hipótese diagnóstica:

Estenose da Junção Ureteropiélica (JUP):

Ecografia: hidronefrose de grau variável com ureter normal ou não visualizado. Medida do DAP da pelve renal;

Cintilografia renal com MAG3 ou DPTA: obstrução ou retardo do esvaziamento da pelve renal;

Cintilografia renal com DMSA: avalia a função renal e possibilidade de cicatriz do parênquima renal;

Uretrocistografia miccional: se suspeita de RVU associado.

Estenose da Junção Ureterovesical (JVU) – Megaureter Obstrutivo ou Refluxivo:

Ecografia: hidroureteronefrose de grau variável com ureter dilatado;

Cintilografia renal com MAG3 ou DPTA: obstrução ou retardo do esvaziamento do ureter;

Cintilografia renal com DMSA: avalia a função renal e possibilidade de cicatriz do parênquima renal;

Uretrocistografia miccional: se suspeita de RVU associado. Presença de RVU no Megaureter Refluxivo e ausência de RVU no Megaureter Obstrutivo, divertículo ou ureterocele.

Refluxo Vesicoureteral:

Ecografia: hidroureteronefrose ou apenas o ureter dilatado de grau variável, duplex;

Cintilografia renal com MAG3 ou DPTA: excreção normal, retardo do esvaziamento do ureter nos RVU de alto grau. Solicitado só se suspeita de obstrução associada;

Cintilografia renal com DMSA: avalia a função renal e possibilidade de cicatriz do parênquima renal;

Uretrocistografia miccional: classifica o grau de RVU, presença de divertículo ou ureterocele ou duplex associados;

Cistograma nuclear: indicado para o seguimento dos pacientes com RVU;

Urodinâmica: importante para diagnóstico e acompanhamento da disfunção miccional.

Válvula de Uretra Posterior (VUP):

Ecografia: hidroureteronefrose de grau variável uni ou bilateral. Bexiga espessada, trabeculada e deformada com pseudodivertículos;

Cintilografia renal com MAG3 ou DPTA: obstrução ou retardo do esvaziamento do ureter e bexiga;

Cintilografia renal com DMSA: avalia a função renal e possibilidade de cicatriz do parênquima renal;

Uretrocistografia miccional: mostra a VUP, dilatação da uretra posterior e colo vesical. RVU pode estar associado uni ou bilateral, divertículos vesicais;

Urodinâmica: importante para diagnóstico e acompanhamento da disfunção miccional.

Bexiga Neurogênica:

Ecografia: geralmente com hidroureteronefrose de grau variável uni ou bilateral. Bexiga espessada, trabeculada e deformada com pseudodivertículos;

Cintilografia renal com MAG3 ou DPTA: retardo do esvaziamento do ureter e bexiga;

Cintilografia renal com DMSA: avalia a função renal e possibilidade de cicatriz do parênquima renal;

Uretrocistografia miccional: RVU pode estar associado uni ou bilateral de graus variáveis. Bexiga espessada, deformada, presença de divertículos e deformação do colo vesical;

Urodinâmica: importante para diagnóstico e acompanhamento da disfunção miccional.

Controle esfincteriano

Dra. Denise Marques Mota / Nefrologista pediátrica

A retirada de fraldas é uma etapa importante na vida da criança e de seus pais e sempre gera expectativas e, ao mesmo tempo, dúvidas para os pais. É um dos primeiros sinais de independência da criança e uma aquisição de hábitos que serão seguidos durante toda a vida. Um correto aprendizado é de extrema importância.

O controle esfincteriano necessita de um adequado desenvolvimento do sistema urinário e do sistema nervoso central e periférico (controle vesico-esfincteriano) para sua aquisição. O controle voluntário só se torna possível após esta primeira etapa de maturação, necessitando de conscientização da criança sobre o próprio corpo e sobre o ato em si, além de treinamento.

Entre os 24 e 30 meses de idade, a maior parte das crianças apresenta as habilidades necessárias para iniciar o treinamento esfincteriano diurno e, aos 48 meses, devem estar continentes e adaptadas aos padrões culturais locais. As habilidades necessárias são: caminhar, para poder se deslocar até o banheiro; falar, para poder demonstrar seus desejos; tirar a roupa, para poder sentar no vaso ou penico; entender e atender as ordens dos pais, para poder ser ensinada a realizar tarefas; querer agradar e imitar os adultos, para poder executar suas tarefas com alegria e prazer.

A retirada das fraldas inicia pelo controle diurno e deve-se postergar o treinamento da noite e da sesta até o completo controle diurno de fezes e urina. Na maioria das vezes, o controle diurno antecede o noturno de três a seis meses. Muitas vezes, ocorre no mesmo período. O hábito urinário noturno é uma aquisição natural, portanto, não depende da aprendizagem, e deverá ocorrer por volta dos 5 anos e meio na menina e 6 anos no menino.

Em relação ao local que será utilizado para as eliminações, devemos iniciar o treinamento com o penico: é menor, pode ser manuseado pela criança e levado para vários locais da casa. Após realizar o treinamento, se a criança mostrar interesse pelo vaso sanitário, como todos da casa, utilizar o vaso com redutor de assento e apoio para os pés até a criança poder alcançar com os pés no chão. Ensinar a higiene das mãos após uso do sanitário, elogiar os esforços e os sucessos, não criticar as derrotas e apoiar a criança.

O controle esfincteriano inadequado pode associar-se a várias morbidades: infecções urinárias de repetição, disfunção miccional (padrão miccional anormal para a idade da criança, geralmente evidenciado após a retirada de fraldas), enurese (decorrente de um treinamento tardio ou métodos coercitivos), recusa em ir ao banheiro, constipação e encoprese.

A disfunção miccional silenciosa durante a infância é um fator de risco para doenças renais e urológicas importantes. A maioria das crianças pode ser diagnosticada pela história, exame físico e conhecimento do desenvolvimento normal da continência urinária. Os sintomas mais comuns são: urgência miccional, incontinência urinária, manobras de contenção e aumento número de micções. A constipação é um achado frequente em crianças com sintomas urinários e deve ser sempre pesquisada e tratada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brazelton TB. A child-oriented approach to toilet training. Pediatrics. 1962;29:121-8.
2. Brazelton TB, Christophersen ER, Frauman AC, Gorski PA, Poole JM, Stadtler AC, et al. Instruction, timeliness, and medical influences affecting toilet training. Pediatrics. 1999;103(6 Pt 2):1353-8.
3. Schum TR, Kolb TM, McAuliffe TL, Simms MD, Underhill RL, Lewis M. Sequential acquisition of toilet-training skills: a descriptive study of gender and age differences in normal children. Pediatrics. 2002;109(3):E48.
4. Stadtler AC, Gorski PA, Brazelton TB. Toilet training methods, clinical interventions, and recommendations. American Academy of Pediatrics. Pediatrics. 1999;103(6 Pt 2):1359-68.
5. Mota DM, Barros AJ. Toilet training: situation at 2 years of age in a birth cohort. Jornal de Pediatria. 2008; 84(5):455-62.
6. Mota DM, Barros AJ. Treinamento esfincteriano precoce: prevalência, características materna, da criança e fatores associados numa coorte de nascimentos. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2008; 8(1):103-111.
7. Mota DM, Barros AJ. Toilet training: methods, parental expectations and associated dysfunctions. Jornal de Pediatria. 2008; 84(1):9-17.
8. Mota DM, Victora CG, Hallal PC. Investigation of voiding dysfunction in a population-based sample of children aged 3 to 9 years. Jornal de Pediatria. 2005;81(3):225-32.
9. Mota DM, Barros AJ, Matijasevich A, Santos I. Avaliação longitudinal do controle esfincteriano em uma coorte de crianças brasileiras. Jornal de Pediatria. 2010;86(5): 429-434.

* Nefrologista pediátrica.

Temas Livres / Resumos

ADOLESCÊNCIA

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE SEXUALIDADE E DST DE UM GRUPO DE ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA PÚBLICA DE PORTO ALEGRE / Laura Marmitt et al. 39
FATORES DE NÃO ADESÃO AOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS POR ADOLESCENTES GRÁVIDAS DA CIDADE DE CAMPO GRANDE, MS / Paola Mari Nakashima Cano et al. 39
SÍNDROME DE HERLYN-WERNER-WUNDERLICH / Priscila Coelho Amaral et al. 39

ALEITAMENTO MATERNO

FATORES DE INFLUÊNCIA SOBRE A DECISÃO DE AMAMENTAR E O DESMAME PRECOCE / Camila Lopes de Oliveira et al. 40
IMPACTO DO LEITE HUMANO SUPLEMENTADO NA MINERALIZAÇÃO ÓSSEA E CRESCIMENTO RECÉM-NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO / Tiago Dalcin et al. 40
MÉDIA DA DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO (AME) EM CRIANÇAS INTERNADAS EM CLÍNICA PEDIÁTRICA NO HUSFP – PELOTAS (RS) E PERFIL PSICOSSOCIAL DE SUAS MÃES / Angela Rosa Tornatore et al. 40
PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM UM MUNICÍPIO SERRANO DO RIO GRANDE DO SUL, BRASIL / Núbia Beche et al. 41

ALERGIA, IMUNOLOGIA E REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA

APRESENTAÇÃO CLÁSSICA DE PÚRPURA DE HENOCH-SCHÖNLEIN: RELATO DE CASO / Geanine Göelzer Gobo et al. 41

CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA

EVOLUÇÃO PÓS-OPERATÓRIA DE PACIENTES COM CARDIOPATIA CONGÊNITA E HIPERTENSÃO PULMONAR SECUNDÁRIA QUE FIZERAM USO PRÉ-OPERATÓRIO DE SILDENAFIL / Estela Suzana Kleiman Horowitz et al. 41
SÍNDROME DA HIPOPLASIA DO VENTRÍCULO ESQUERDO: RELATO DE CASO / Monique Malacarne Michelin et al. 42
HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA RARA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PNEUMONIAS DE REPETIÇÃO EM LACTENTES / Marcio Abelha Martins et al. 42

CIRURGIA PEDIÁTRICA

CORREÇÃO CIRÚRGICA DA ATRESIA DE VAGINA EM LACTENTES / Nicolino César Rosito et al. 42
DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA FÍSTULA URETRAL CONGÊNITA / Nicolino César Rosito et al. 43
DIVERTÍCULO DE MECKEL: RELATO DE CASO / Juliana Dall´Onder et al. 43
ENURESE – TRATAMENTO FACILITADO COM PROTOCOLO / Nicolino César Rosito et al. 43
FECHAMENTO PRIMÁRIO EM GRAVE MORDEDURA CANINA / Marcio Abelha Martins et al. 43
HIDRONEFROSE BILATERAL COM RETENÇÃO URINÁRIA POR HIDROMETROCOLPOS / Nicolino César Rosito et al. 44
ÍNDICE DE FERTILIDADE TESTICULAR EM TESTÍCULOS INTRA-ABDOMINAIS / Nicolino César Rosito et al. 44
LIPOMA GIGANTE NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASSA INTRABDOMINAL / Marcio Abelha Martins et al. 44
MANEJO DE OBSTRUÇÃO URETRAL POR CISTO PARAURETRAL EM CRIANÇAS / Nicolino César Rosito et al. 45
MANEJO PRIMÁRIO DE EXTROFIA VESICAL E EPISPADIA NO PERÍODO NEONATAL / Nicolino César Rosito et al. 45
O VOLUME TESTICULAR NÃO PREDIZ O POTENCIAL DE FERTILIDADE EM TESTÍCULOS CRIPTORQUÍDICOS / Nicolino César Rosito et al. 45
ONFALOCELE ASSOCIADO A TRISSOMIA DO 18: RELATO DE CASO / Juliana Dall´Onder et al. 45
RELATO DE CASO DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA / Danieli Fernanda Dolvitsch et al. 46
RIM PÉLVICO E ESTENOSE DE JUP: O PAPEL DA VIDEOLAPAROSCOPIA NO SEU MANEJO / Márcio Abelha et al. 46
SCHWANNOMA SIMULANDO EVENTO ADVERSO PÓS VACINA DE BCG / Katchibianca Bassani Weber et al. 47
TRATAMENTO CONSERVADOR E CIRÚRGICO NO TRAUMA ESPLENORENAL NA INFÂNCIA / Márcio Abelha et al. 47
USO DO APÊNDICE CECAL PARA CRIAÇÃO DE MECANISMOS QUE AUXILIAM A CONTINÊNCIA URINÁRIA E FECAL / Nicolino et al. 47
VÁLVULA DE URETRA POSTERIOR: APRESENTAÇÃO CLÍNICA VARIÁVEL DEVIDO AO RETARDO NO DIAGNÓSTICO PRECOCE / Nicolino César Rosito et al. 47

CUIDADOS PRIMÁRIOS

A ORGANIZAÇÃO DE UMA REDE ESTADUAL DE PROTEÇÃO AO RECÉM-NASCIDO DE RISCO EGRESSO DE UTIS NEONATAIS / Erico José Faustini et al. 48
AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DESENVOLVIDAS PELO CENTRO DE ESTUDOS PEDIÁTRICOS DA UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL / Árien Eliza Oldoni et al. 48
ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÕES DE SAÚDE EM ESCOLARES, RESULTADOS DO PROGRAMA SORRINDO PARA O FUTURO SESC-RS / Larissa Simon Brouwers et al. 48

DEFESA PROFISSIONAL

IMPACTO DA PARTICIPAÇÃO EM LIGA DE PEDIATRIA NA GRADUAÇÃO MÉDICA / Rosangela Antunes Matte et al. 49
PERSPECTIVA DA PEDIATRIA NA VISÃO DE ESTUDANTES DE MEDICINA / Joane Antoniolli et al. 49

ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CORTISOL E ESTRESSE EM ALUNOS ATENDIDOS POR UM CENTRO DE EDUCAÇÃO INFANTIL / Nadja Tiellet et al. 49
HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA POR DEFICIÊNCIA DA ENZIMA 17 ALFA-HIDROXILASE / Paola Mari Nakashima Cano et al. 50
XANTOMA ERUPTIVO: RELATO DE CASO / Cristiane Kopacek 50

GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA

ABSCESSO HEPÁTICO: RELATO DE CASO / Juliana Dall´Onder et al. 51
ATRESIA DE VIAS BILIARES / Larissa Coconcelli Kasper et al. 51
CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS E HISTOLÓGICAS DE UMA AMOSTRA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES INFECTADOS PELO HELICOBACTER PYLORI / Juliana Ghisleni de Oliveira et al. 51
COLESTASE NEONATAL: ASSOCIAÇÃO DE SÍNDROME DE ALAGILLE E INFECÇÃO POR CITOMEGALOVÍRUS / Osvaldo Artigalás et al. 52
COLESTASE NEONATAL GRAVE CAUSADA POR HEPATITE DE CÉLULAS GIGANTES ASSOCIADA A ANEMIA HEMOLÍTICA POR DEFICIÊNCIA DE G6PD: RELATO DE CASO / Raquel Borges Pinto et al. 52
DOENÇA DE MÉNÉTRIER EM LACTENTE DE 2 ANOS: RELATO DE CASO / Ana Regina Lima Ramos et al. 52
DOENÇA DE MÉNÉTRIER EM MENINO DE 4 ANOS / Tiago Jeronimo dos Santos et al. 53
DOES EATING THE EGGS MAKE ANY DIFFERENCE FOR ZEBRAFISH? / Gabriela Lima Pedroso et al. 53
DUCTOPENIA GRAVE ASSOCIADA AO USO DE ANTICONVULSIVANTE EM PACIENTE COM NECRÓLISE EPIDÉRMICA TÓXICA: RELATO DE CASO / Raquel Borges Pinto et al. 53
EFEITO DA TAURINA SOBRE A ESTEATOSE HEPÁTICA INDUZIDA POR TIOACETAMIDA EM ZEBRAFISH (DANIO RERIO) / Thais Ortiz Hammes et al. 54

HEPATOBLASTOMA EM ADOLESCENTE FEMININA: UM CASO EM IDADE ATÍPICA / Nadja Tiellet et al. 54
LACTOBACILLUS RHAMNOSUS COLONIZA INTESTINO DE ZEBRAFISH APÓS EXPOSIÇÃO AO ETANOL / Ana Cláudia Reis Schneider et al. 54
PROFILAXIA PARA ÚLCERA DE ESTRESSE EM PACIENTES INTERNADOS EM CINCO UTIS PEDIÁTRICAS DE PORTO ALEGRE, RS, BRASIL / Taísa E. Araújo et al. 55
PROFILAXIA SECUNDÁRIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS PORTADORES DE VARIZES ESOFÁGICAS / Janine Potrich et al. 55
RN PREMATURO COM 4 EPISÓDIOS DE ENTEROCOLITE NECROSANTE: RELATO DE CASO / Paulo de Jesus Hartmann Nader et al. 55
SOBREVIDA DO FÍGADO NATIVO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS APÓS PRIMEIRO EPISÓDIO DE INFECÇÃO DA ASCITE / Melina Ultz Melere et al. 55
USE OF MULTISTIX REAGENT STRIP IN DIAGNOSIS OF ASCITES INFECTION IN CIRRHOTIC CHILDREN / Sandra Maria Gonçalves Vieira et al. 56
TRANSPLANTE HEPÁTICO ISOLADO POR FIBROSE CÍSTICA: SETE ANOS DE SEGUIMENTO / Sandra Maria Gonçalves Vieira et al. 56

INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA

A IMPORTÂNCIA DA ORIENTAÇÃO MÉDICA NA PREVENÇÃO DA TOXOPLASMOSE CONGÊNITA: RELATO DE CASO / Laura Marmitt et al. 56
DOENÇA DE KAWASAKI E MONONUCLEOSE INFECCIOSA: RELATO DE CASO / Vanessa Valesan 57
GRIPE PNEUMÓNICA A (H1N1) DE 1918 EM PORTUGAL CONTINENTAL: LIÇÕES DO PASSADO, ALERTAS NO PRESENTE E NO FUTURO / João José Cúcio Frada 57
LEISHMANIOSE VISCERAL: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO / Ângela de Moura et al. 57
PARASITOSES INTESTINAIS EM CRIANÇAS DE UM BAIRRO DE UM CENTRO URBANO AO SUL DO BRASIL / Vanessa Adriana Scheeffer et al. 58
TOXOPLASMOSE EM RECÉM-NASCIDOS / Silvana Moura et al. 58
TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV EM GESTAÇÃO GEMELAR / Nildo Eli M. D'Avila et al. 58

NEFROLOGIA PEDIÁTRICA

SÍNDROME NEFRÓTICA CONGÊNITA: RELATO DE CASO / Juliana Talita Goes et al. 58

NEONATOLOGIA

APLASIA CUTÂNEA CONGÊNITA / Adriana Souza dos Santos et al. 59
EFEITOS DO USO MATERNO DA PRINCIPAL CLASSE DE ANTIDEPRESSIVOS SOBRE O FETO E O RECÉM-NASCIDO / Ilson Enk et al. 59
MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS NO SUL DO BRASIL: ESTUDO DE CASO-CONTROLE EM CENTRO DE REFERÊNCIA / Laura Teixeira Canti et al. 60
RELATO DE CASO: ENCEFALOPATA HIPÓXICO-ISQUÊMICA INTRAÚTERO / Fabiani Waechter Renner et al. 60
TRIAGEM NEONATAL NO PERÍODO PRECONIZADO: EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE PORTO ALEGRE / Vanessa Devens Trindade et al. 60

NEUROLOGIA PEDIÁTRICA

DISTÚRBIOS DO SONO EM CRIANÇAS COM EPILEPSIA / Bruna Finato Baggio et al. 61
ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSÍVEL: RELATO DE CASO / Maigrei Dani Ferrari et al. 61
ESPINHA BÍFIDA CONGÊNITA: PREVALÊNCIA E ÓBITOS EM PORTO ALEGRE / Grasiele Mello et al. 61
ESTUDO DE CASO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TRANSTORNO DE HUMOR EM PACIENTE COM SÍNDROME DE HUNTER / Vinicius Costa da Rosa et al. 61
LEUCOMALÁCIA PERIVENTRICULAR E AS SEQUELAS NO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR / Ruth Ellen Blau Grimmet al. 62
MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA ROTA ASSOCIADA A NEUROCISTICERCOSE EM ADOLESCENTE: RELATO DE CASO / Elton Ferreira de Almeida Férrer et al. 62
MIGRÂNEA NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA / Diego Ustárroz Cantali et al. 62
REALIDADE VIRTUAL NA NEURORREABILITAÇÃO PEDIÁTRICA / Bruna Finato Baggio et al. 63
RELATO DE CASO: MALFORMAÇÃO DE ARNOLD CHIARI TIPO II / Fabiani Waechter Renner et al. 63
RELATO DE CASO: PROJETO ANEMIA-APRENDER BRINCANDO ESF MALAFAIA / Denise Isabel Zandoná et al. 63
SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ: VARIANTE MOTORA / Franciele Moro Poletto et al. 64

NUTROLOGIA PEDIÁTRICA

ASPECTOS NUTRICIONAIS EM PACIENTE COM ATRESIA DE ESÔFAGO E SÍNDROME DE DOWN: RELATO DE CASO / Janaína Elsing et al. 64
BAIXO PESO EM CRIANÇAS DE UM CENTRO URBANO AO SUL DO BRASIL / Vanessa Adriana Scheeffer et al. 64

OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA

A IMPORTÂNCIA DA FISIOTERAPIA NAS DESORDENS VESTIBULARES DA INFÂNCIA / Rodolfo Alex Teles et al. 65

PEDIATRIA AMBULATORIAL

ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR DA OSTEOGÊNESE IMPERFEITA: UM RELATO DE CASO / Janaína Elsing et al. 65
ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM CRIANÇAS COM DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA / Adriano Detoni Filho et al. 65
AVALIAÇÃO DA ACUIDADE VISUAL EM ALUNOS DE ESCOLA PÚBLICA E PARTICULAR DE CAMPO GRANDE, MS / Paola Mari Nakashima Cano et al. 65
ENURESE E DISFUNÇÃO MICCIONAL: ESTÃO RELACIONADAS? / Denise Marques Mota et al. 66
HÁBITOS INTESTINAIS NA INFÂNCIA / Denise Marques Mota et al. 66
HIPERTENSÃO ARTERIAL E OBESIDADE: ESTÃO ASSOCIADAS? / Denise Marques Mota et al. 66
PREVALÊNCIA DE ANEMIA NO SEGUIMENTO DE PRÉ-TERMOS DE MUITO BAIXO PESO / Claudia Ferri et al. 67
PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM ESCOLARES DE 7 A 14 ANOS QUE FREQUENTAM ESCOLAS MUNICIPAIS DE HERVAL D'OESTE, SC / Michele Lopes Igansi et al. 67
SÍNDROME METABÓLICA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES / Denise Marques Mota et al. 68
IMPORTÂNCIA DA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL EM UMA COORTE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES / José V C Spolidoro et al. 68

PEDIATRIA DO DESENVOLVIMENTO E COMPORTAMENTO

ANEUPLOIDIA DOS CROMOSSOMOS SEXUAIS ASSOCIADA A RETARDO MENTAL / Régis Augusto Reis Trindade et al. 68
BENEFÍCIO DO CONSUMO DE ÔMEGA-3 E ÔMEGA-6 EM CRIANÇAS / Karen Miotto et al. 69
IMPACTO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA DESNUTRIÇÃO INFANTIL / Gabriela Grossi et al. 69
PROJETO SÓ RISO / Cezar Guilherme Raymundo Tabach et al. 69
SÍNDROME XYY: RELATO DE CASO / Fátima Cleonice de Souza et al. 70

PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA

BRONQUIOLITE AGUDA: EVOLUÇÃO CLÍNICA EM PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO AMAZONAS / Brena Silva dos Santos et al. 70
PERFIL ETIOLÓGICO VIRAL NA DOENÇA OBSTRUTIVA DO TRATO RESPIRATÓRIO INFERIOR E FATORES ASSOCIADOS À RECORRÊNCIA DA SIBILÂNCIA / Carolina Valduga Bohrer et al. 70
USO DE CORTICOIDE NO TRATAMENTO DE BRONQUIOLITE AGUDA: AINDA UMA PRÁTICA FREQUENTE / Brena Silva dos Santos et al. 70

SEGURANÇA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

INJÚRIAS NA INFÂNCIA: CAPACITAÇÃO DE CUIDADORES E EDUCADORES EM SUPORTE BÁSICO DE VIDA EM PEDIATRIA E DESOBSTRUÇÃO DE VIA AÉREA / Cecília Rotava Buratti et al. 71

TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

PERCEPÇÃO DOS PAIS EM RELAÇÃO À MORTE DE SEUS FILHOS / Gilda Abib El Halal et al. 71
PARTICIPAÇÃO DAS ENFERMEIRAS NAS DECISÕES DE LIMITAÇÃO DE VIDA EM UTI / Cristine Nilson et al. 71

ADOLESCÊNCIA

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE SEXUALIDADE E DST DE UM GRUPO DE ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA PÚBLICA DE PORTO ALEGRE

Laura Marmitt, Pablo Pierezan Camargo, Fernanda Mariani Cocolichio e Guilherme Coelho Dantas

INTRODUÇÃO: A falta de orientação é um dos principais obstáculos à prevenção de doenças e de complicações decorrentes das mesmas, acarretando grande impacto social e um alto custo para a saúde pública. A educação em saúde se torna especialmente importante quando abordamos o tema sexualidade e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST) em adolescentes, visto as importantes modificações corporais e emocionais vivenciadas. Nesse período, em que a atividade sexual se inicia, há falta de informação e dúvidas que propiciam o contágio por DST. OBJETIVOS: Avaliar o nível de instrução dos adolescentes sobre sexualidade e prevenção de DST e conhecer a importância da educação em saúde nesta área através de ações educativas abordando estes temas. MÉTODOS: Foi realizada uma atividade de educação em saúde com 14 adolescentes com idades entre 12 a 15 anos de uma escola pública da cidade de Porto Alegre, RS. Divididos em 3 grupos, os adolescentes responderam a questões relativas a atividade sexual e realizaram a colocação do preservativo em uma prótese peniana, procedimento que foi avaliado segundo 5 critérios pré-estabelecidos. RESULTADOS: O tema gerou bastante discussão entre os adolescentes, que se mostraram muito interessados em conhecer as respostas corretas para as perguntas propostas. Os grupos erraram questões sobre situações possíveis de engravidar, utilização de métodos contraceptivos e formas de transmissão de DST, entre outras. Além disso, nenhum dos três grupos conseguiu realizar de maneira adequada a colocação do preservativo. Após a tarefa, foi demonstrada a técnica correta de colocação e retirada do preservativo masculino, momento em que os alunos solicitaram para repetir a tarefa para que pudessem efetivamente aprender. CONCLUSÃO: A atividade realizada sugere que os adolescentes ainda não haviam recebido instrução adequada sobre os temas abordados e não têm informações básicas sobre atividade sexual, apesar de o assunto estar em constante evidência na mídia e nas campanhas de saúde de diversos setores. Esta situação facilita a disseminação das DST, as quais poderiam ser evitadas se os jovens recebessem as devidas informações. Conclui-se que a realização de projetos de educação em saúde pode proporcionar maior esclarecimento à população, minimizando seu impacto e reduzindo custos para saúde pública.

FATORES DE NÃO ADESÃO AOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS POR ADOLESCENTES GRÁVIDAS DA CIDADE DE CAMPO GRANDE, MS

Paola Mari Nakashima Cano, Alexandre da Silveira Alonso, Bruno Alfredo Gonçalves Salvetti, Giovanna Ricarte Granja Gomes, Jamil Mugayar Neto, Luiz Felipe Bastos Muniz, Natália Souza Aono, Nathália Rezende da Costa, Silvio Charles da Silva Canale e Ana Cláudia Alves Pereira

INTRODUÇÃO: A motivação deste trabalho foi saber por que existem altos índices de gravidez na adolescência no Brasil, sendo que houve aumento de investimentos em campanhas de contracepção e assistência de saúde, com ampla abrangência e acesso; e por que as adolescentes não aderem aos métodos contraceptivos, sendo estes disponíveis gratuitamente na rede pública. OBJETIVO: Verificar quais fatores levam as adolescentes grávidas a não aderirem aos métodos contraceptivos. MÉTODOS: Estudo transversal, observacional, prospectivo, caso controle, realizado através de entrevista com gestantes e puérperas em Campo Grande, MS, na Santa Casa de Campo Grande e na Maternidade Cândido Mariano, de julho de 2010 a agosto de 2010, com amostra igual a 104 pacientes. Para a avaliação da adesão das pacientes que utilizavam anticoncepcional oral, foi utilizado o método de Morisck-Green-Lavigne. Dados tabulados através do software Epi-Info Versão 3.5.1, 2002. RESULTADOS: Das mulheres que utilizavam algum tipo de método anticoncepcional (75%), 54,8% eram adultas. Destas, o método mais utilizado foi o anticoncepcional combinado oral. Mulheres que não utilizavam nenhum método contraceptivo (25%), sendo 59,3% adolescentes. Motivo mais frequente de não utilização foi justificativa de querer engravidar (11,7%), sendo 58,3% adolescentes. As entrevistadas que utilizavam somente preservativo (78,78%) relataram já ter esquecido de utilizá-lo alguma vez, sendo 61,5% adolescentes. Grau de adesão ao anticoncepcional combinado oral foi avaliado em 56 entrevistadas pelo teste de Morisck-Green-Lavigne, 81,4% consideradas com baixo grau adesão e 19,6% grau de adesão alto. Conclui-se que 81,8% das adolescentes participantes tinham baixo grau de adesão, e 18,2% tinham alto grau. No grupo adulto, 79,4% tinham baixa adesão, e 20,6% alto grau de adesão. As entrevistadas foram questionadas sobre esquecimento do uso da medicação, constatando-se que a grande maioria, independente da idade, continuava tendo relações sexuais normalmente e que tinham o costume de tomar uma dose extra no dia seguinte. CONCLUSÃO: As pacientes não têm uma boa adesão aos métodos contraceptivos. As adolescentes possuem mais motivos evitáveis, como minoria no uso de ACO, uso de preservativo isolado. Há necessidade de aumentar adesão das pacientes ao Programa de Planejamento Familiar, principalmente pelas adolescentes, para melhor índice de uso correto do método contraceptivo.

SÍNDROME DE HERLYN-WERNER-WUNDERLICH

Priscila Coelho Amaral, Carolina Chaves Taffarel, Bianca Roschildt Pinto e Marilia Gemelli Eick

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich ocorre a partir de um defeito de fusão dos ductos müllerianos. As falhas müllerianas são responsáveis por inúmeras anormalidades ginecológicas, que incluem agenesias e/ou duplicações do útero e/ou vagina. Também estão frequentemente associadas a alterações do sistema renal e do esqueleto axial. RELATO DE CASO: J.H., 11 a, feminina, Tanner 3, branca, estudante, procedente do interior do estado. Previamente hígida. Menarca há 6 meses com ciclos regulares e dismenorreia. Iniciou com dor abdominal súbita irradiada para região anal. Foi avaliada por proctologista, e ao exame de toque retal apresentou massa dolorosa. No exame ecográfico pélvico havia presença de hematométrio à esquerda e útero bicorno. Paciente referiu melhora da dor após episódio de sangramento vaginal intenso. Procurou ginecologista sendo solicitada nova ecografia evidenciando malformação uterina (útero bicorno) com hematométrio à esquerda e agenesia renal ipsilateral. Paciente encaminhada ao Serviço de Medicina do Adolescente para investigação das anormalidades descritas. Após confirmação das malformações foi estabelecido diagnóstico da Síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich. Paciente segue em acompanhamento ambulatorial com nefrologista pediátrica, ginecologia e Serviço de Adolescente. DISCUSSÃO: A Síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich é composta por malformações nos tratos genital e renal. A sua apresentação inclui agenesia renal unilateral, útero bicorno e septo vaginal ipsilateral. Trata-se de uma anomalia rara com incidência entre 0,1 a 6% e ainda pouco conhecida pelos pediatras. O diagnóstico coincide com o início dos ciclos menstruais onde os sintomas costumam surgir. As queixas mais comuns são

dismenorreia, irregularidade menstrual e massa abdominal dolorosa. Pode evoluir com aderências pélvicas e endometriose. É comum o diagnóstico diferencial com doença inflamatória pélvica. O tratamento, na maioria dos casos, é cirúrgico, com marsupialização do septo vaginal. A descoberta precoce desta anomalia é importante na prevenção da infertilidade e abortamentos recorrentes.

ALEITAMENTO MATERNO

FATORES DE INFLUÊNCIA SOBRE A DECISÃO DE AMAMENTAR E O DESMAME PRECOCE

Camila Lopes de Oliveira e Cristiani Vicentini

INTRODUÇÃO: O leite materno é um alimento completo, não havendo necessidade de complementação antes dos seis meses de vida. Apesar de seus comprovados benefícios, as taxas de amamentação no Brasil e no mundo continuam aquém do recomendado. Em Chapecó, SC, não existem registros sobre a frequência de aleitamento materno, desmame precoce e seus fatores de influência. OBJETIVOS: Conhecer a taxa de aleitamento materno no município de Chapecó, SC, e verificar os fatores de influência sobre a decisão de amamentar e o desmame precoce. MÉTODOS: Estudo transversal observacional descritivo, realizado em cinco Unidades Básicas de Saúde de Chapecó selecionadas de forma aleatória simples a partir de uma lista fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde. Foi aplicado um questionário aos pais de 95 crianças com idades entre seis meses e dois anos. O programa utilizado para a análise dos dados obtidos com os questionários foi o Epi Info versão 3.5. RESULTADOS PARCIAIS: Analisados 56 questionários, verificou-se que o tipo de parto prevalente foi o Cesário, com 67,9% de frequência, sendo que as mães submetidas a ele amamentaram mais que aquelas que deram a luz por via vaginal: seis e quatro meses, respectivamente. Outro dado averiguado foi o nível de instrução materna: 42,9% das mães apresentaram nível médio de escolaridade; 33,9% nível superior e 23,2% ensino fundamental. Metade das famílias informou renda de um a três salários mínimos e 48,2% renda maior que quatro salários (cujas mães amamentaram exclusivamente (AME) até os seis meses). A idade de introdução de alimentação complementar mais prevalente foi aos seis meses (30,4%) e o principal motivo de introdução de complementos foi a necessidade da mãe de voltar ao trabalho (28,6%). O apoio do companheiro foi decisivo para 53,6% das mães aderirem e persistirem na amamentação. CONCLUSÃO: Dois terços das mães foram submetidas ao parto cesário em contrapartida ao parto via vaginal; aquelas conduziram o AME até os seis meses, enquanto que as últimas até os quatro meses. A maioria das mulheres questionadas cursou o ensino médio e, em número absoluto, foram estas que amamentaram por um período maior. Constatou-se que o principal motivo para a introdução da alimentação complementar, antes mesmo dos seis meses, é a necessidade do retorno da mãe ao trabalho. Nota-se a importância do incentivo às mulheres para a prática da amamentação, já que, na amostra, visualizou-se o apoio do companheiro à continuidade do aleitamento.

IMPACTO DO LEITE HUMANO SUPLEMENTADO NA MINERALIZAÇÃO ÓSSEA E CRESCIMENTO RECÉM-NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO

Tiago Dalcin, Paulo Einloft, Renato M. Fiori, Humberto Fiori, Beatriz Porto, Felipe Cabral, Jefferson Pedro Piva

OBJETIVO: Avaliar o efeito da suplementação do leite humano (FM85® Nestle Nutrition), na mineralização óssea e no crescimento de recém-nascidos pré-termos de muito baixo peso. MÉTODOS: Foram estudados 38 recém-nascidos pré-termo com menos de 1.500 g de peso de nascimento, durante a internação na UTI-Neonatal do Hospital São Lucas da PUCRS, entre julho de 2006 e janeiro de 2010. Os 19 RN do grupo 1 receberam leite humano acrescido de FM85® enquanto os 19 RN do grupo 2, apenas leite humano. A mineralização óssea foi avaliada através de densitometria óssea de corpo inteiro com raio X de dupla energia (começo e final do estudo). Além das medidas antropométricas, foram realizados exames laboratoriais de controle: cálcio, fósforo, fosfatase alcalina, cálcio e fósforo urinário. RESULTADOS: Os dois grupos não apresentaram diferenças tanto na entrada como ao final do estudo em relação à idade gestacional (média 29,7 sem ± 2,4 versus 29,3 sem ± 2,05; p = 0,91), peso (1.168 g ± 199 versus 1.178 g ± 231; p = 0,73), comprimento (36,2 cm ± 3,4 versus 37,6 cm ± 2,4; p = 0,81) e perímetro cefálico (26,1 cm ± 2,7 versus 26,1 cm ± 1,9; p = 1,0). O conteúdo mineral ósseo (5,49 ± 3,65 g versus 4,34 ± 2,98 g; 0,39; p = 0,39) e o conteúdo mineral ósseo corrigido pelo peso (4,54 ± 2,76 g versus 3,40 ± 2,14; p = 0,23) bem como o total do leite humano ingerido e o tempo de internação foram semelhantes nos dois grupos. O volume percentual de leite humano ingerido, e tempo de internação também foram semelhantes entre os dois grupos no momento da alta. Não houve diferença significativa entre os dois grupos em relação ao cálcio e fósforo sérico, assim como ao cálcio e fósforo urinário. A fosfatase alcalina foi mais elevada no grupo que não utilizou o suplemento FM85® (720 ± 465 UI versus 391 ± 177 UI; p = 0,007). Ao final do estudo, o conteúdo mineral ósseo foi maior no grupo FM85® (10,39 ± 4,71 g versus 6,19 ± 3,23 g; p = 0,003). Da mesma forma, a concentração mineral óssea ajustada ao peso foi maior no grupo do leite humano suplementado (5,29 ± 2,5 g/Kg versus 3,17 ± 1,6 g/Kg; p =0,005). CONCLUSÕES: Nossos dados sugerem que a suplementação do leite humano com FM85® promove maior mineralização óssea dos recém-nascidos pré-termos de muito baixo peso.

MÉDIA DA DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO (AME) EM CRIANÇAS INTERNADAS EM CLÍNICA PEDIÁTRICA NO HUSFP – PELOTAS (RS) E PERFIL PSICOSSOCIAL DE SUAS MÃES

Angela Rosa Tornatore, Harla Taborda Dalferth, Richard Blank Brodt, Laís Marques Mota, Luiza Helena Vinholes Siqueira Novaes e Denise Marques Mota

INTRODUÇÃO: Pesquisas realizadas nas duas últimas décadas contribuíram para a melhor compreensão dos benefícios do aleitamento materno para o bebê (menor morbidade por diarreia, por exemplo) e para a mãe (retardo na volta da menstruação e maior rapidez na perda de peso pós-parto, por exemplo). A OMS recomenda o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, entretanto, a realidade está longe do preconizado. Os resultados desse estudo contribuirão para a obtenção de um perfil detalhado das mães de crianças que internam no HUSFP-Pelotas/RS, um dos maiores hospitais de médio porte do RS, além de possibilitar a avaliação da duração do AME das mesmas. No futuro, poderão ser úteis na produção de ações que apoiem efetivamente o aleitamento neste hospital, o que se refletirá beneficamente na saúde da população infantil da cidade de Pelotas-RS. OBJETIVOS: Determinar o perfil psicossocial de mães de crianças internadas em clínica pediátrica no HUSFP-Pelotas/RS; determinar o tempo médio de aleitamento materno exclusivo dessas crianças. MÉTODOS: Estudo observacional, transversal, descritivo. Coleta de dados realizada através da aplicação de questionários às mães de crianças internadas na clínica pediátrica do HUSFP, durante ago-set/2010, totalizando 94 crianças. Foram coletadas

variáveis demográficas e socioeconômicas maternas (escolaridade, idade, situação conjugal, trabalho fora de casa, tabagismo e renda familiar) e das crianças (tempo de AME, peso ao nascer, cor, sexo, situação vacinal, presença de doença crônica). O aleitamento materno foi definido como exclusivo quando a criança só recebia o leite materno e nenhum outro sólido ou líquido, com exceção de vitaminas ou medicamentos. Os dados foram digitados no programa Excel e analisados no programa Stata 11.0. RESULTADOS: 86% das mães amamentaram; 67% têm 1º grau Incompleto; 54% têm entre 20-29 anos, 82% estão casadas/com companheiro, 75,5% não trabalham; 56% nunca fumaram, 94% têm renda de 1 a 3 salários. Idade média do desmame: 1,4 mês. CONCLUSÃO: O perfil psicossocial foi caracterizado por mães entre 20 e 29 anos, 15% adolescentes, maioria casada/com companheiro, "do lar", escolaridade entre 5 e 8 anos e renda de 1 a 3 salários. Embora 86% das mães tenham amamentado, a duração do AME foi menor do que o preconizado pela OMS, o que reforça a necessidade de conscientização e desenvolvimento de ações pelo seu incremento no HUSFP-Pelotas/RS.

PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM UM MUNICÍPIO SERRANO DO RIO GRANDE DO SUL, BRASIL

Núbia Beche, Ricardo Halpern e Airton Stein

OBJETIVOS: Investigar a prevalência do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de um ano em Bento Gonçalves (RS) e avaliar as possíveis associações entre aleitamento materno exclusivo e variáveis socioeconômicas, ambientais reprodutivas e vínculo mãe-bebê. MÉTODOS: Estudo transversal, com mães e crianças menores de um ano de idade. Os dados foram obtidos mediante entrevistas com perguntas diretas, seguidas pela observação de indicadores de vínculo mãe-bebê, durante Campanha Nacional contra a Poliomielite de 2008. Foi utilizado um modelo hierarquizado para as variáveis preditoras e analisados através da regressão de Cox. RESULTADOS: Foram incluídas 876 díades. Destas, 623 (71%) receberam leite materno nas últimas 24 horas. A prevalência do Aleitamento materno exclusivo nos menores de 6 meses de idade foi de 55,1% (n=233). A mediana do aleitamento materno exclusivo foi de 63 dias. As variáveis que na análise multivariada apresentaram significância estatística ($p < 0,05$) com o desfecho aleitamento exclusivo foram: trabalho materno, uso de chupeta, mamadeira e não participação em grupo de gestante. CONCLUSÕES: A prevalência do aleitamento materno exclusivo, no município de Bento Gonçalves (RS), mostra-se abaixo da preconizada pela Organização Mundial da Saúde. As variáveis com associação significativa na análise multivariada são passíveis de intervenções. Procedimentos de prevenção primordial como participação em grupo de gestantes, evitar uso de chupeta e não introdução de outros alimentos precocemente deve ser estimulada.

ALERGIA, IMUNOLOGIA E REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA

APRESENTAÇÃO CLÁSSICA DE PÚRPURA DE HENOCH-SCHÖNLEIN: RELATO DE CASO

Geanine Göelzer Gobo, Monique Malacarne Michelin, Juliana Fiss Pothin e Alice Donato Gonzalez

INTRODUÇÃO: A púrpura de Henoch-Schönlein (PHS) é a vasculite sistêmica mais comum na faixa etária pediátrica, com predomínio no sexo masculino (2:1) e acomete preferencialmente pequenos vasos. A incidência média é de 9 casos/100.000 crianças. Frequentemente, o quadro se inicia após uma infecção de vias aéreas superiores e é de caráter autolimitado. O diagnóstico é facilmente firmado em bases clínicas, quando os sinais e sintomas são típicos, através dos critérios do Colégio Americano de Reumatologia-90. A PHS é caracterizada por púrpura palpável na ausência de coagulopatia, artrite, dor abdominal e doença renal. O tratamento preconizado é sintomático, reservando o uso de corticoides para complicações gastrointestinais, renais, neurológicas, púrpura recidivante ou crônica. HISTÓRIA: J.R.S., masculino, branco, 6 anos, iniciou com quadro de amigdalite bacteriana, sendo tratado com Amoxicilina. Após 1 dia, apresentou episódios de vômitos, dor abdominal e petéquias em membros inferiores. Com 7 dias de evolução, procurou o Pronto-Socorro de Pelotas devido a vômitos frequentes, dor abdominal e não resposta ao tratamento proposto, sendo internado para avaliação. Realizou exames laboratoriais e de imagem, inalterados. Durante a internação apresentou piora da dor abdominal e das petéquias, fezes mucossanguinolentas e artralgia em joelhos, levantando-se a hipótese diagnóstica de PHS. Ao exame físico apresentava dor na palpação abdominal, sem sinais de irritação peritoneal, e lesões purpúricas petequiais palpáveis, distribuídas em membros inferiores e nádegas, confirmando o diagnóstico de PHS pelo quadro clínico (segundo o ACR-90). Neste período, foi realizada ultrassonografia abdominal, com resultado normal. Paciente evoluiu satisfatoriamente durante os 8 dias de internação e foi descartado envolvimento renal, recebendo apenas tratamento sintomático. Foi encaminhado para acompanhamento pediátrico ambulatorial. DISCUSSÃO: O quadro clínico apresentado pelo paciente nos permite realizar clinicamente o diagnóstico de PHS através de suas manifestações de púrpura palpável sem plaquetopenia, idade de início inferior a 20 anos e angina abdominal (ACR-90). Paralelamente, foi observado o comprometimento de vias aéreas superiores antecedendo o quadro, comprovadamente um fator desencadeante dessa patologia. Contudo, mesmo com a evolução favorável com as medidas de suporte, o acompanhamento rigoroso é preconizado, a fim de detectar complicações e intervir se necessário.

CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA

EVOLUÇÃO PÓS-OPERATÓRIA DE PACIENTES COM CARDIOPATIA CONGÊNITA E HIPERTENSÃO PULMONAR SECUNDÁRIA QUE FIZERAM USO PRÉ-OPERATÓRIO DE SILDENAFIL

Estela Suzana Kleiman Horowitz, Geovana Garrote Carvalho, Alessandro Konrad Olszewski e Silvia Casonato

INTRODUÇÃO: A hipertensão arterial pulmonar (HAP) pode estar associada a algumas cardiopatias congênitas, sendo o seu manejo no pós-operatório um desafio. É conhecido o efeito benéfico e eficaz de algumas substâncias na redução da resistência vascular pulmonar como o óxido nítrico (NO), milrinone e isoproterenol. O sildenafil, um inibidor da fosfodiesterase tipo V, previne a degradação do GMPc. Estudos têm mostrado sua eficácia semelhante ao do óxido nítrico na vasodilatação pulmonar tanto em crianças quanto em adultos, sem apresentar o efeito rebote, visto com o NO, além de não ter a necessidade de um dispositivo para sua aplicação. OBJETIVO: Avaliar a evolução pós-operatória em crianças portadoras de cardiopatia congênita com hipertensão pulmonar secundária que fizeram uso pré-operatório de Sildenafil, na dose de 3mg/kg/dose em três doses diárias, por três dias prévios à cirurgia. MATERIAIS E MÉTODOS: Estudo retrospectivo através

de revisão de prontuários. Os parâmetros avaliados foram: tempo de uso de óxido nítrico e milrinone, tempo de ventilação mecânica, tempo de internação em UTI e internação hospitalar, pressão arterial pulmonar pré e pós-operatória, peso e idade no momento cirúrgico e diagnóstico cirúrgico. RESULTADOS: O estudo teve um total de 8 pacientes dos quais a idade variou de 2 meses de vida a 14 anos. O diagnóstico de HAP foi através de cateterismo cardíaco ou por ecocardiografia (estimado pelo gradiente VD/AD). Os diagnósticos foram: Comunicação Interventricular (3 casos), Truncus Arterioso (2), Miocardiopatia Dilatada (1), Persistência do Canal Arterial (1), Defeito do septo atrioventricular (1). O tempo de uso de Sildenafil no pré-operatório variou de 2 a 76 dias para pacientes com cardiopatia congênita, e 1 ano no paciente com miocardiopatia dilatada (MD). Apenas 4 pacientes necessitaram NO no pós-operatório, sem efeito rebote ao ser retirado. O Sildenafil no pós-operatório foi usado por 2 a 32 dias e o Milrinone, por 0 a 13 dias. Cinco pacientes no pós-operatório foram extubados em menos de 24 horas e 3 pacientes necessitaram ventilação mecânica por mais de 5 dias por complicações não relacionadas a HAP. CONCLUSÃO: O uso de Sildenafil no pré-operatório evitou crises de HAP no pós-operatório imediato, permitiu extubação precoce em 50% dos casos e facilitou a retirada do Óxido Nítrico.

SÍNDROME DA HIPOPLASIA DO VENTRÍCULO ESQUERDO: RELATO DE CASO

Monique Malacarne Michelin, Geanine Göelzer Gobo, Elias Sato de Almeida e Emanuele Grizon da Costa

INTRODUÇÃO: A Síndrome da Hipoplasia do Ventrículo Esquerdo (SHVE) é uma cardiopatia congênita cianótica grave que corresponde a 2% das cardiopatias congênitas. Além da cavidade esquerda hipoplásica, existe atresia valvar aórtica e mitral com uma aorta ascendente de calibre diminuído e a circulação sistêmica só é possível pela perviabilidade do canal arterial. Se não tratada, a SHVE leva ao óbito em 100% dos casos, o que a torna a principal causa de mortalidade neonatal precoce. Atualmente, existem duas opções de tratamento: o transplante cardíaco neonatal e a reconstrução paliativa estagiada descrita por Norwood. Porém, o prognóstico é reservado, mantendo a mortalidade imediata e tardia ainda elevada. HISTÓRIA: Recém-nascido do sexo masculino, nascido no HUSFP – Pelotas, de parto cesárea devido a pós-datismo, com escore de Apgar 9/10, pesando 3.325g, sem complicações durante a gestação ou parto. O paciente manteve-se em aleitamento materno exclusivo e sem intercorrências até o segundo dia de vida, quando foi evidenciado sopro cardíaco. Realizada, então, ecocardiografia, que demonstrou hipoplasia ventricular esquerda, hipertensão pulmonar severa, comunicação interatrial moderada e persistência do canal arterial moderada, sem restrição. Foi transferido para a UTI neonatal no 3° dia de vida com cianose central, taquipneia, saturação de oxigênio de 85% em ar ambiente. Com isso, foi iniciado prostaglandina E2 e bicarbonato de sódio melhorando suas condições clínicas. Porém, enquanto aguardava leito em Centro de Referência (Porto Alegre), apresentou piora do padrão respiratório e edema periférico, necessitando dose máxima de Prostaglandina E2 e Furosemida. Como não havia leito para ser transferido antes, deu entrada no Instituto de Cardiologia de Porto Alegre para possível correção cirúrgica apenas no 9° dia de vida, onde, após passagem de cateter venoso central, apresentou bradicardia e não respondeu às manobras de ressuscitação, evoluindo ao óbito. DISCUSSÃO: A baixa sobrevida após a Cirurgia de Norwood e a grande restrição ao transplante cardíaco nesta faixa etária, devido a poucos doadores compatíveis e importantes efeitos colaterais da imunossupressão a longo prazo demonstram a gravidade dessa síndrome. Portanto, é imprescindível o rápido acesso a centros especializados para que as chances de sobrevida não diminuam ainda mais.

HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA RARA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PNEUMONIAS DE REPETIÇÃO EM LACTENTES

Marcio Abelha Martins, Jaquelini Barboza da Silva, Luciano Schopf, Sandra Regina Weber, Clarissa Aires Roza, Sandra Jazorski e Tatiana Kurtz

INTRODUÇÃO: É preocupante o quadro de broncopneumonia em lactentes devido a sua morbimortalidade, além de gastos hospitalares em medicações, procedimentos e internações em UTIs pediátricas. Quadros de repetição requerem atenção do Pediatra para o diagnóstico diferencial e ou epifenômeno no qual a hérnia diafragmática deve ser incluída. OBJETIVO: Caracterizar a hérnia diafragmática no diagnóstico diferencial de pneumonias de repetição no lactente. RELATO DE CASO: Menino de 5 meses com 2 episódios prévios de pneumonias, pré-natal e parto sem intercorrências, com quadro de IVAS, tosse produtiva persistente prostrado, esforço respiratório e afebril. Identificado leucocitose e consolidação em base pulmonar direita; iniciado penicilina cristalina, porém, sem melhora do quadro com imagem radiológica mantida em base direita, feito raios x em perfil com suspeita de elevação de hemicupula direita, também identificada na ecografia de diafragma e tomografia torácica. Foi proposta videolaparoscopia com confirmação de hérnia diafragmática direita com saco herniário, realizada correção cirúrgica via laparotomia. Pós-operatório em UTI pediátrica, feitos raios x com hemicúpula direita em mesma altura que a esquerda; mantidos fisioterapia, broncodilatador e uso de antibiticoprofilático. Recebeu alta para enfermaria e após recuperação completa recebeu alta com fisioterapia 2 vezes por semana, além do acompanhamento ambulatorial, mantendo-se assintomático até o momento. DISCUSSÃO: A pneumonia de repetição pode ser observada em pacientes com patologias prévias como bronquiolites organizadas, bronquiectasias, mucoviscidose e outras doenças crônicas, porém, consolidações fixas ou mantidas devem ter especial atenção ao diagnóstico de malformação, seja pulmonar ou diafragmática, devido ao seu potencial curativo cirúrgico, especificamente na hérnia diafragmática nos lactentes, mesmo não sendo comuns traduz bom prognóstico devido à ausência de hipoplasia pulmonar nestes casos sendo seu diagnóstico e tratamento não muito distinto da eventração diafragmática que na literatura tem sido diferenciada por ecografia ou tomografia que no relato só ocorreu por videolaparoscopia. A hérnia diafragmática a direita só ocorre em 5% das hérnias, sendo bloqueada pelo fígado, o que leva a um quadro mais tardio e menos associado à hipoplasia. CONCLUSÃO: A hérnia diafragmática faz parte do diagnóstico diferencial de pneumonias de repetição no lactente e de consolidações radiológicas fixas em base mesmo à direita.

CIRURGIA PEDIÁTRICA

CORREÇÃO CIRÚRGICA DA ATRESIA DE VAGINA EM LACTENTES

Nicolino César Rosito, Felipe Holanda, Guilherme Peterson, Rafael Mazzuca e Luciano Schopf

INTRODUÇÃO: A atresia de vagina é uma rara causas de hidrometrocolpos no período neonatal. OBJETIVO: relatar dois casos de atresia de vagina submetidos a vaginoplastia por via sagital posterior em lactentes. MATERIAL E MÉTODOS: Relato de dois casos de hidrometrocolpos tipo secretório por atresia de vagina com seio urogenital > 2 cm, submetidos a vaginoplastia

por via sagital posterior. RESULTADOS: As crianças nasceram com atresia de vagina com massa abdominal volumosa por hidrometrocolpos que ocasionou hidronefrose bilateral devido à dilatação e deslocamento dos ureteres. No 1º caso, uma punção guiada por ecografia evidenciou 150 ml de secreção clara. A paciente foi submetida a várias punções para descomprimir o hidrometrocolpos e aos 7 meses foi submetida a vaginoplastia e uretroplastia com mobilização em bloco do seio urogenital, com excelente apecto cométicо e funcional (Figura 3). O 2 º caso foi submetido a descompressão por histerostomia no período neonatal e vaginoplastia aos 2 anos de idade (Figura 2). As vaginoplastias foram realizadas por abordagem sagital posterior, em crianças com seio urogenital > 2 cm, mobilizando em bloco a vagina e a uretra. A Figura 3 mostra o aspecto no pós operatório tardio. Conclusão: A abordagem sagital posterior é uma alternativa para pacientes com atresia de vagina com seio urogenital > 2 cm que serão submetidos a vaginoplastia.

DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA FÍSTULA URETRAL CONGÊNITA

Nicolino César Rosito, Felipe Colombo Holanda, Guilherme Peterson e Rafael Mazzuca

INTRODUÇÃO: É uma anomalia rara e geralmente ocorre na área subcoronal do pênis (Figura 1). A associação com hipospádia e chordee sugere que pode ser uma forma de anomalia de hipospádia. A fístula geralmente tem uma uretra distal bem formada (Figuras 2 e 3), mas pode ser estrita com formação inadequada da glande. O reparo cirúrgico emprega as técnicas utilizadas para a correção de hipospádias e pode envolver simplesmente o fechamento da fístula em múltiplas camadas ou uma reconstrução da uretra distal e da glande. OBJETIVO: Relatar um raro caso de fístula uretral congênita sem hipospádia num lactente de 2 meses, a conduta diagnóstica, o manejo cirúrgico e o resultado. MATERIAL E MÉTODOS: Lactente de 2 meses com história de bom jato urinário e gotejamento na porção subcoronal do pênis desde o nascimento. O paciente apresentava uma uretra distal adequada e permeável, com boa formação glandular. A opção cirúrgica foi de fechamento primário da fístula com fio absorvível 7-0 e com cobertura de 2 camadas de retalho de dartos e postectomia. Foi mantido com sonda de silicone por 5 dias. RESULTADOS: O paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório, com bom jato urinário após a retirada da sonda uretral. CONCLUSÃO: O diagnóstico é clínico e pode ser complementado com uretrocistografia miccional e/ou cistoscopia no momento da correção cirúrgica. Em pacientes com fístula uretral congênita sem hipospádia que apresentam uma uretra distal permeável e adequada conformação da glande, pode ser submetido simplesmente ao fechamento primário, tendo como opção de suporte a confecção de camadas de dartos.

DIVERTÍCULO DE MECKEL: RELATO DE CASO

Juliana Dall´Onder, Bruno Oneto Y Viana Pintos, Tatiana Salini Marin, Eduardo Hoffmann Miranda, José Gomes da Rocha Filho, Natália Schilling Ceratti, Andressa Vargas Martins, Lionel Leitzke, Paulo Sergio Gonçalves da Silva, Caroline Costi, Carolini Moreira, Cristina Denise Friske, Pâmela de Lima e Bibiana Dorneles

INTRODUÇÃO: O divertículo de Meckel é um resquício embriológico em forma de dedo na borda contramesenterial do íleo terminal, correspondendo a uma falha na regressão do ducto onfalomesentérico, que ocorre entre a 5ª e a 7ª semanas de vida embrionária. É a anomalia congênita mais comum do trato gastrintestinal, ocorrendo em 2,2 % dos pacientes, com incidência igual em ambos os sexos. Pode ser assintomático na sua grande maioria, ou sintomático, sendo hemorragias, obstrução intestinal e inflamação seus sintomas mais comuns. OBJETIVOS: Descrever um caso de divertículo de Meckel, seu diagnóstico e tratamento. MATERIAL E MÉTODOS: Relato de caso. RESULTADOS: Menino, branco, 1 ano e 3 meses, nascido em 25/06/09, natural e procedente de Canoas. Procurou a emergência pediátrica de um serviço de saúde em Canoas no dia 19/09/10 com quadro de vômitos e dispneia, apresentando batimento de asa de nariz e desidratação. No dia 20/09/10 mantinha quadro de vômitos, realizando ecografia abdominal que demonstrou distensão de alça por conteúdo líquido, edema da parede e presença de divertículo de Meckel. No dia 21/09 foi levado ao bloco cirúrgico. CONCLUSÃO: O diagnóstico do divertículo de Meckel, quando assintomático, é difícil. A maioria dos exames complementares capta as alterações decorrentes das complicações, como diverticulite, obstrução da luz intestinal, hemorragia ou ainda perfuração. O tratamento é cirúrgico, com laparotomia transversa supraumbilical direita com a ressecção do divertículo.

ENURESE – TRATAMENTO FACILITADO COM PROTOCOLO

Nicolino César Rosito, Felipe Holanda, Guilherme Peterson e Rafael Mazzuca

INTRODUÇÃO: A enurese noturna primária (ENP) ocorre em 15% das crianças com 5 anos de idade. Há uma variedade de fatores que contribuem para o desenvolvimento da enurese, desde fatores genéticos até estresse emocional. Os distúrbios fisiológicos como poliúria noturna, capacidade vesical pequena funcional, resposta vesical de esvaziamento diminuída e distúrbios do sono estão entre as principais causas da enurese. OBJETIVO: Propor um protocolo diferenciado e objetivo para o tratamento da enurese monossintomática e da enurese polissintomática. MATERIAL E MÉTODOS: A aplicação do protocolo é baseada em parâmetros clínicos e laboratoriais, direcionando a conduta conforme os achados. RESULTADOS: O tratamento proposto para todos os pacientes inclui medidas gerais e comportamentais, aplicação do diário miccional e restrição hídrica à noite. Para os pacientes com enurese monossintomática que apresentam poliúria noturna, avalia-se o uso de desmopressina, e naqueles com a capacidade vesical diminuída, o uso de alarme, ou a associação dos dois tratamentos. Na enurese polissintomática ou nos casos resistentes está indicada avaliação especializada, realização de ecografia e avaliação urodinâmica. Crianças com ENP associada a hiperatividade, déficit de atenção, ansiedade, depressão, dislexia e enxaqueca podem se beneficiar com imipramina. O uso de oxibutinina está indicado em pacientes com contrações não inibidas da bexiga e ou bexigas de pequena capacidade. CONCLUSÃO: O uso do Protocolo para ENP monossintomática ou polissintomática favorece a indicação da melhor terapia para o tratamento individualizado dos pacientes. Em algumas situações, a associação de terapias pode ser requerida para melhores resultados.

FECHAMENTO PRIMÁRIO EM GRAVE MORDEDURA CANINA

Marcio Abelha Martins, Jaquelini Barboza da Silva, Daniela Zandoná Brezolin e Camyla Foresti

INTRODUÇÃO: Os acidentes por mordeduras são responsáveis por 1% dos atendimentos médicos de urgência e emergência, sendo a mordedura canina mais comum e as vitimas abaixo de 10 anos mais frequentes. É consenso que em ferimentos corto-contusos deste tipo não devem ser feitas suturas primárias, pelo risco de infecção de partes moles, porém, na pratica, e devido à extensão

e localização de feridas, novos questionamentos estão aparecendo acerca do tema em questão. OBJETIVO: Relatar fechamento primário de ferimento extenso de couro cabeludo em criança de menos de 02 anos sem infecção ou sequela. RELATO DE CASO: Menina de 1 ano e 10 meses atacada por cão em couro cabeludo, levada ao PA, onde foi feito atendimento inicial com curativo compreensivo e encaminhada para internação hospitalar. Após 4 h do acidente, foi identificada extensa lesão de couro cabeludo frontal, temporais bilaterais e occipital (avulsão quase completa) até pericrânio. Paciente com calendário vacinal em dia e levada ao centro cirúrgico para lavagem abundante da ferida, debridamento, anestesia local para diminuição da dor pós-operatória e identificados 4 retalhos a serem reconstruídos primariamente com pontos de Blair Donatti com fio nylon 4.0. O pós-op. foi mantido curativo tipo capacete oclusivo por 48 h e mantida amoxicilina e clavulanato via oral por 7 dias. Alta no segundo pós-op. sem intercorrências com retorno ambulatorial em 1 semana e 2 semanas com cicatrização excelente de todos os retalhos, feita retirada de pontos sob anestesia em Hospital dia. Após 2 semanas, cicatrizes pouco visíveis com crescimento normal de cabelo. DISCUSSÃO: Apesar de ser consenso a cicatrização por segunda intenção, o fechamento primário tem se mostrado com risco infeccioso abaixo da literatura, de 2,5%. No caso relatado, o tempo até o fechamento foi maior que 4 a 6 h, com grande extensão e localização considerada de alto risco infeccioso e hemorrágico com difícil mecanismo de hemostasia e tecido frouxo de fácil propagação infecciosa. Não houve cuidado especial e trocas de curativos, apenas compressão seguida de higiene local, desencorajando uso de pomadas, trocas frequentes e manipulação da ferida como muitas vezes sugeridas pela enfermagem. CONCLUSÃO: Ainda que o consenso cirúrgico seja pelo fechamento de segunda intenção, é necessária a realização de estudos que determinem critérios para melhor seleção dos pacientes que se beneficiariam com o fechamento primário sem alterar o risco infeccioso ou postergar sua realização.

HIDRONEFROSE BILATERAL COM RETENÇÃO URINÁRIA POR HIDROMETROCOLPOS

Nicolino César Rosito, Felipe Holanda, Guilherme Peterson, Rafael Mazzuca e Luciano Schopfi

INTRODUÇÃO: O hidrometrocolpos volumoso é uma rara causa de hidronefrose no período neonatal. OBJETIVO: Relatar dois casos de hidrometrocolpos volumosos com obstrução urinária, hidronefrose bilateral e anúria no período neonatal. MATERIAL E MÉTODOS: Revisão de prontuário de dois casos de hidrometrocolpos volumosos, com hidronefrose bilateral e anúria no período neonatal, discussão dos exames de imagem e conduta. RESULTADOS: Ambas pacientes nasceram com tumoração abdominal que ocupava toda a extensão da pelve até o epigástrio, com hidronefrose bilateral e anúria. A ecografia mostrou hidrometrocolpos volumoso com hidronefrose bilateral e a tomografia computadorizada demonstrou hidrometrocolpos com dilatação e deslocamento dos ureteres. No primeiro caso, a paciente foi acompanhada por ecografia e punções seriadas para esvaziamento do hidrometrocolpos. No segundo caso, foi realizada uma histerostomia descompressiva. A grande massa ocasionada pelo hidrometrocolpos levou à obstrução bilateral do sistema urinário, ocasionando anúria no período neonatal. A descompressão por punção da vagina e a histerostomia puderam ser utilizadas até a estabilização do quadro clínico e posterior realização da correção da malformação genital. CONCLUSÃO: O hidrometrocolpos pode ocasionar obstrução bilateral do sistema urinário, desencadeando hidronefrose bilateral e anúria e deve ser lembrado como causa de hidronefrose. O diagnóstico precoce e a descompressão do hidrometrocolpos proporciona a desobstrução e proteção do sistema urinário.

ÍNDICE DE FERTILIDADE TESTICULAR EM TESTÍCULOS INTRA-ABDOMINAIS

Nicolino César Rosito, Felipe Holanda, Guilherme Peterson e Rafael Mazzuca

INTRODUÇÃO: O testículo intra-abdominal pode sofrer degeneração com o aumento da idade. O testículo retido desenvolve progressiva fibrose intersticial e apresenta pouco crescimento tubular. A espermatogênese diminui devido à atrofia dos túbulos seminíferos, ao desenvolvimento da fibrose intersticial e pela expansão do tecido conectivo, causados pela diminuição da vascularização. OBJETIVO: Avaliar a viabilidade, a histologia e o índice de fertilidade testicular dos testículos intra-abdominais. MATERIAL E MÉTODOS: Estudo prospectivo de 44 testículos de 35 pacientes com testículos intra-abdominais que foram submetidos a videolaparoscopia para diagnóstico e tratamento. A idade dos pacientes variou de 4 a 168 meses, com média de 64 meses e mediana de 53 meses. Os pacientes foram submetidos a videolaparoscopia para orquidopexia e realizaram biópsia testicular por punção com a utilização da pistola Pró-Mag 2.2, com agulha nº 18, através do trocarte de 3 mm. O índice de fertilidade tubular (IFT) foi estabelecido com o número de túbulos seminíferos com espermatogônias e o número de espermatogônias por túbulo. RESULTADOS: O teste não paramétrico de Kruskal-Wallis 1-Way Anova demonstrou uma correlação estatisticamente significativa entre o número de espermatogônias em 50 túbulos seminíferos e a idade ($p = 0,010$). As crianças submetidas a orquidopexia mais precocemente têm melhor índice fertilidade testicular dos testículos intra-abdominais. CONCLUSÃO: O estudo foi eficaz para avaliar a viabilidade dos testículos. O índice de fertilidade testicular dos testículos intra-abdominais diminui com o aumento da idade dos pacientes. A indicação precoce de cirurgia determina melhor potencial de fertilidade nas crianças com testículos intra-abdominais.

LIPOMA GIGANTE NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASSA INTRABDOMINAL

Marcio Abelha Martins, Jaquelini Barboza da Silva e Fatima Cleonice de Souza

INTRODUÇÃO: O lipoma pode ser isolado ou sob forma de lipomatose, nas crianças sua presença é incomum e pode ter apresentação clínica diversa até mesmo como massa intrabdominal nos casos de lipomas gigantes simulando clincamente e radiologicamente outras neoplasias abdominais mais comuns e de pior prognostico como pancreatoblastomas, neuroblastomas e teratomas. OBJETIVO: Demonstrar que o lipoma gigante pode ser causa de massa abdominal epigástrica em criança, devendo estar incluso no diagnóstico diferencial nas massas identificadas em tomografias como possíveis teratomas. RELATO DE CASO: Menina desde 02 anos, com abaulamento epigástrico e com episodio de diarreia volumosa tratada com vermífugo. Abaulamento com crescimento lento e, depois de encaminhada ao gastroenterologista, com 04 anos, foi identificado através de uma tomografia abdominal uma massa abdominal com 21 x 11 x 11 cm sugestiva de teratoma com planos de clivagem em topografia de cólon transverso e estômago progressivamente a criança teve dispneia e lombalgia cada vez pior, sendo indicada internação feita exerese completa sem intercorrencias via laparotomia transversa. No anátomo-patológico identificado células adiposas sem atipias compatível com lipoma. Discussão: O Teratoma em crianças menores que 01 ano tem seu risco de malignização aumentado após 01 ano principalmente seu componente epitelial com apresentação dos carcinomas devendo a cirurgia

ser via aberta e sempre que possível excisional. A suspeita tomográfica não exclui outras neoplasias, como o lipoma, que, apesar de um menor risco de malignização, também deve ser removido por sua variante maligna, o lipossarcoma. Já o pancreatoblastoma está associado à síndrome como Beckwith-Widemann não sendo este o caso e se não houver planos de clivagem deverá apenas ser feita diagnóstico de forma incisional para melhor planejamento de neo-adjuvante, mesmo que o tratamento definitivo e potencialmente curativo seja cirúrgico. Estar preparado para estes pacientes requer um serviço de excelência em radiologia, cirurgia e patologia. Lembrando que o plano de clivagem que auxilia na estratégia cirúrgica pode ser feito por ecografistas experientes. CONCLUSÃO: Mesmo na suspeita tomográfica de teratoma intrabdominal, o lipoma não pode ser excluído. Já o plano de clivagem deve ser bem determinado para definir a estratégia cirúrgica que influenciará no diagnóstico e prognóstico do paciente.

MANEJO DE OBSTRUÇÃO URETRAL POR CISTO PARAURETRAL EM CRIANÇAS

Nicolino César Rosito, Felipe Holanda, Guilherme Peterson e Rafael Mazzuca

INTRODUÇÃO: Os cistos parauretrais são congênitos, mas podem se manifestar tardiamente. São recobertos por epitélio e crescem por obstrução ou degeneração cística de remanescentes do seio urogenital (glândulas parauretrais, ductos de Skene, ductos Mullerianos). O crescimento do cisto pode levar ao rompimento espontâneo, entretanto, quando cresce e desloca lateralmente o meato uretral, ocasiona sintomas urinários e tem indicação de cirurgia. OBJETIVO: Relatar dois casos de cistos parauretrais em crianças, um menino e uma menina, ocasionando sintomas urinários por obstrução do meato uretral. MATERIAL E MÉTODOS: Revisão de prontuário e documentação fotográfica. RESULTADOS: No primeiro caso, uma menina de 2 meses com retenção urinária por obstrução do meato uretral por volumoso cisto para uretral. No segundo caso, um menino de 6 anos com disúria e polaciúria por deslocamento lateral do meato uretral. O diagnóstico foi feito pelo exame físico que demonstrava a presença de cisto parauretral com aspecto mucoide, deslocando lateralmente o meato uretral. Os pacientes foram submetidos à excisão dos cistos, sem necessidade de sonda no pós-operatório e evoluíram sem complicações. CONCLUSÃO: O crescimento do cisto parauretral desloca o meato uretral da linha média e ocasiona sintomas urinários que podem levar à obstrução parcial ou total do meato uretral. O diagnóstico é realizado pelo exame físico, sem necessidade de investigação adicional, e o tratamento cirúrgico é marsupialização ou excisão do cisto.

MANEJO PRIMÁRIO DE EXTROFIA VESICAL E EPISPADIA NO PERÍODO NEONATAL

Nicolino César Rosito, Felipe Holanda, Guilherme Peterson e Rafael Mazzuca

INTRODUÇÃO: A extrofia de bexiga pertence a um espectro de malformações congênitas que afeta os sistemas urinário e musculoesqueléticos. A correção cirúrgica deve ser realizada nas primeiras 48h-72 h de vida e pode ser realizada com fechamento combinado primário. OBJETIVO: Demonstrar a técnica de fechamento primário combinado da extrofia vesical e epispádia no período neonatal. MATERIAL E MÉTODOS: Revisão de prontuário e documentação fotográfica. RESULTADOS: Para efetuar o reparo primário no período neonatal é importante a realização de osteotomia para melhor aproximação do púbis, separação completa da placa vesical, com incisão dos ligamentos intersínfises para ampla mobilização da bexiga e fechamento da placa vesical, mantendo o colo vesical e uretra posterior mais profundamente na pelve. Na correção da epispádia concomitante, é importante separar a placa uretral dos corpos cavernosos e tubularizar a neouretra ventralmente com dissecção dos 2 hemicorpos cavernosos e rotação dos mesmos com cobertura total da neouretra. O paciente foi mantido com cistostomia, splints ureterais e sonda uretral por 3 semanas. Após 2 dias de cistostomia clampeada, faz-se ecografia para avaliar a presença de hidronefrose e retirou-se a cistostomia. O paciente apresentou epidermiólise do prepúcio no pós-operatório e curvatura dorsal residual. CONCLUSÃO: O fechamento primário combinado de extrofia vesical e epispádia pode ser realizado no período neonatal por equipe médica experiente e cuidados pós-operatórios neonatais intensivos. A cirurgia é tecnicamente difícil, mas o fechamento combinado no período neonatal vai permitir o enchimento e esvaziamento vesical precoce com possibilidade de aumentar a capacidade vesical e pode tornar a criança continente no futuro.

O VOLUME TESTICULAR NÃO PREDIZ O POTENCIAL DE FERTILIDADE EM TESTÍCULOS CRIPTORQUÍDICOS

Nicolino César Rosito, Felipe Holanda, Guilherme Peterson e Rafael Mazzuca

INTRODUÇÃO: O volume testicular é considerado um indicador potencial da contagem de células germinativas e pode ser usado para selecionar pacientes para a terapia hormonal. Entretanto, há uma grande variabilidade na contagem das células germinativas por túbulo seminífero em relação ao volume testicular. OBJETIVO: Comparar a histologia e o volume dos testículos intra-abdominais. MATERIAL E MÉTODOS: Estudo prospectivo de 44 testículos de 35 pacientes com testículos intra-abdominais que foram submetidos a orquidopexia videolaparoscópica. A idade dos pacientes variou de 4 a 168 meses, com média de 64 meses e mediana de 53 meses. Os pacientes realizaram biópsia testicular por punção. O índice de fertilidade tubular (IFT) foi estabelecido com o número de túbulos seminíferos com espermatogônias e o número de espermatogônias por túbulo seminífero e a análise volumétrica foi determinada pelo volume dos testículos que foi calculado através da aplicação de duas fórmulas específicas. RESULTADOS: O teste de Kruskal-Wallis 1-Way Anova e o Coeficiente de Spearman foram utilizados para verificar a correlação entre o volume testicular e o número de espermatogônias por túbulos seminíferos. O nível de significância estabelecido foi de 5% ($p < 0,05$). A análise volumétrica dos testículos não demonstrou diferença estatisticamente significativa considerando o volume testícular. A correlação não foi estatisticamente significativa entre o volume testicular e a idade ($p = 0,271$). CONCLUSÃO: Quando se compara o volume testicular com o número de espermatogônias em 50 túbulos seminíferos deste estudo, encontra-se uma correlação estatisticamente não significativa negativa ($r = 0,047$; $p = 0,760$). O volume testicular não prediz o potencial de fertilidade em testículos criptorquídicos.

ONFALOCELE ASSOCIADO A TRISSOMIA DO 18: RELATO DE CASO

Juliana Dall´Onder, Natália Schilling Ceratti, Bruno Oneto Y Viana Pintos, Tatiana Salini Marin, José Gomes da Rocha Filho, Eduardo Hoffmann Miranda, Andressa Vargas Martins, Lionel Leitzke, Catarina Haveroth, Laise Locks Stahlhofer, Vanessa Barrili Busato e Bibiana Dorneles

INTRODUÇÃO: Onfalocele trata-se de uma má-formação localizada no ponto de inserção do cordão umbilical e decorrente do não retorno das vísceras para a cavidade abdominal. Apresenta-se como uma bolsa transparente, revestida externamente pela membrana amniótica e internamente pelo peritôneo. Possui uma incidência de 1 a cada 4.000 nascimentos, com predominância no sexo feminino (5:1). A etiologia é ainda desconhecida e más-formações associadas estão presentes em mais de 50% dos casos, incluindo anormalidades cardíacas, defeitos de tubo neural, hérnia diafragmática, entre outras. As anomalias cromossômicas estão presentes em aproximadamente 25% dos casos de onfalocele, sendo a trissomia do cromossomo 18 a mais comum, seguida pelas trissomias do 13 e 21. Trissomia do cromossomo 18 corresponde à segunda síndrome mais comum em seres humanos, com uma frequência de 1 a 3.500-8.000 nascidos vivos e tem como características principais baixo peso ao nascer, micrognatia, occipital proeminente, esterno curto, orelhas malformadas e de baixa implantação, sobreposição dos dedos das mãos (segundo dedo cavalgado sobre o terceiro e quinto sobre o quarto), hipoevolutismo somático, polidrâmnio, cardiopatia congênita e onfalocele. MATERIAL E MÉTODOS: Relato de caso. RESULTADOS: R.N., masculino, branco, nascido no dia 29/06/2010 e encaminhado à UTI neonatal imediatamente após o parto. Ao exame físico: Abdome: onfalocele. Extremidades: fusão de artelhos de ambos os pés e fusão do 1º e 2º quirodáctilo e 3º e 4º quirodáctilo da mão direita. Demais sem particularidades. Ecografia obstétrica no dia 28/06/10: polidramnio; cardiológico: comunicação interventricular; abdome: onfalocele contendo alças intestinais e dilatação de alças intra-abdominais; extremidades: malformação de artelhos em ambos os pés.O paciente foi submetido a cirurgia de correção da onfalocele bem como atresia de jejuno, aderências e bridas no dia seguinte ao nascimento, sem apresentar nenhuma intercorrência durante e após a cirurgia. No dia 04/08 foi confirmado o diagnóstico de Trissomia do 18. CONCLUSÃO: O objetivo principal do tratamento é conseguir o retorno das vísceras à cavidade peritonial e o fechamento do defeito da parede abdominal, sem causar um aumento crítico da pressão intra-abdominal. Apesar de não ser uma emergência, quanto antes feita a correção cirúrgica, maior a chance de fechamento primário sem complicações.

RELATO DE CASO DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA

Danieli Fernanda Dolvitsch, Hosana Chinazzo, Korine Camargo, João Santos, Silvia Rocha e Maximiliano Costa

INTRODUÇÃO: Hérnia diafragmática congênita (HDC) é resultante de um defeito na fusão das membranas pleuroperitoneais que começa no início do período embriológico mantendo uma solução de continuidade no diafragma com consequente herniação das estruturas abdominais para a cavidade torácica. Acomete 1 em cada 2.000-3.000 nascidos vivos, sendo responsável por 8% de todas as anomalias congênitas maiores.OBJETIVO: Relatar um caso de HDC que foi atendido no serviço de cirurgia geral do Hospital Universitário da ULBRA (HU). RELATO DO CASO: L.M.D, data de nascimento 23/08/2010, masculino, branco, natural e procedente de Santo Ângelo (RS). Peso de nascimento de 3.410 gramas, obteve Apgar de 7 no primeiro minuto e 8 no quinto minuto, capurro de 38 semanas e 5 dias, sendo considerado adequado para a idade gestacional. Apresentou desconforto respiratório precoce necessitando de oxigenoterapia imediata. Chegou ao HU após dois dias do seu nascimento em incubadora de transporte, taquidispneico, com tiragem subcostal leve a moderada, rosado, recebendo O2 a 100%, hidratado, ativo, chorando, HGT 235 mg/dl, frequência cardíaca de 161 bpm, palato íntegro, clavículas sem crepitações. Foi realizado raio-x de tórax que evidenciou a presença de alças intestinas em hemitórax esquerdo com desvio do mediastino, boa expansibilidade de pulmão direito e ausência de gases no reto, tendo, então, como laudo radiográfico hérnia diafragmática à esquerda. Foi realizada laparotomia transversa supraumbilical esquerda para correção da HDC, por via de acesso abdominal, que constatou um defeito pósterolateral esquerdo do diafragma com herniação de todo intestino delgado e grosso para a cavidade torácica esquerda, com rotação intestinal não completa mais bandas de Ladd no cólon direito e transverso com suboclusão. O procedimento consistiu em redução das alças, liberação das aderências com correção da não rotação, posicionamento do intestino delgado à direita e do cólon ascendente e transverso à esquerda, e após o fechamento da hérnia em um plano único sem intenção. Paciente teve uma boa evolução no pós-operatório e obteve alta hospitalar no décimo dia. CONCLUSÃO: A morbidade e mortalidade estão relacionadas à hipoplasia pulmonar, resultante da compressão mecânica nos pulmões em desenvolvimento. As HDC são, usualmente, diagnosticadas nas primeiras 24 horas de vida, devido à grande disfunção respiratória. É de extrema importância seu diagnóstico e tratamento precoce.

RIM PÉLVICO E ESTENOSE DE JUP: O PAPEL DA VIDEOLAPAROSCOPIA NO SEU MANEJO

Márcio Abelha, Jaquelini Barboza da Silva, MAriana Frighetto Tres e Bruna Elisa Koch

INTRODUÇÃO: A localização mais comum da ectopia renal é pélvica, com incidência de 1:2.500 ou 3.000 com predileção ao lado esquerdo e com associação com malformações genitais e urinárias, dentre elas útero bicorno, Síndrome de Mayer Rokitansky Kuster Hauser, ureter ectópico e vasos anômalos. OBJETIVO: Relatar malformações associadas ao rim pélvico e seu manejo videolaparoscopico. RELATO DE CASO: Menina de 7anos em acompanhamento com diagnóstico prévio de rim pélvico, por achado de massa abdominal em fossa ilíaca direita. Assintomática e sem hidronefrose nas ecografias de controle anual com DMSA com função absoluta reduzida. Teve perda do acompanhamento, porém, no final de 2010 teve episódio de abdome agudo com internação em Hospital Universitário com massa abdominal dolorosa palpável acima da cicatriz umbilical com febre e leucocitose. A hidronefrose grau quatro e hipertrofia renal esquerda vicariante foram identificadas na ecografia e confirmadas na tomografia. A paciente teve melhora da dor, redução da massa, remissão da febre e leucocitose após uso de cefuroxima. Realizado novo DMSA com exclusão renal direita. Decidido por Nefrectomia videolaparoscopica de rim pélvico direito excluso com diagnostico intraoperatório de estenose de JUP e útero não desenvolvido. No pos operatório não houve intercorrências e recuperação completa e alta em 48h. DISCUSSÃO: Na paciente, além do rim pélvico ser o direito, havia estenose de JUP e não uma compressão extrínseca por vasos anômalos, frequentemente relatados na literatura. Além disso, não há dados que demonstrem um aumento na relação de estenose de JUP com rim pélvico. A abordagem laparoscópica permitiu a identificação do útero não desenvolvido possibilitando suspeitar de outras malformações genitais como a Síndrome de Rokitansky ainda não confirmada por cariótipo ou estudo de imagem e permitindo seu diagnóstico ambulatorial para futuro aconselhamento genético e familiar caso necessário. A Nefrectomia videolaparoscopica em rim pélvico tem suas peculiaridades como a procura de vasos anômalos sendo neste caso feito sem intercorrencias. CONCLUSÃO: A estenose de JUP pode ser causa de exclusão renal também em rim pélvico, devendo ser pesquisada na presença de hidronefrose ou perda de função renal. A videolaparoscopia em rim pélvico e segura tem um papel diagnóstico nas malformações associadas como terapêutico das mesmas.

SCHWANNOMA SIMULANDO EVENTO ADVERSO PÓS VACINA DE BCG

Katchibianca Bassani Weber, Raquel de Mamann Vargas, Marcelo Carneiro, Márcio Abelha, Adriana Gonzati e Jaquelini Barboza da Silva

INTRODUÇÃO: O schwanoma pediátrico caracteriza-se por ser um tumor mesenquimal benigno encapsulado originado das células de Schwan, geralmente associado a neurofibromatose tipo II e raramente solitário, encontrado no mediastino posterior, membros superiores, cabeça e pescoço, sendo rara sua apresentação em parede torácica. OBJETIVO: Relatar o caso de uma menina de 2 anos, com massa em parede torácica à direita, simulando abscesso frio pós vacina da BCG. MÉTODOS: Revisão retrospectiva do quadro clínico e patológico direcionando para o diagnóstico diferencial. RESULTADOS: Há 6 meses a mãe percebeu uma massa subcutânea de 20 mm que evoluiu com crescimento lento e progressivo em parede torácica com acometimento de região axilar à direita. Foi acompanhada como evento adverso de vacinação com BCG e até realizado tratamento empírico com Rifampicina, Isoniazida e Etambutol. Após 2 semanas de terapia evoluiu com hepatite medicamentosa e aumento da massa, sendo decidido por exérese cirúrgica após descartado invasão de parede torácica e biopsia prévia inconclusiva para tuberculose ou neoplasia. O diagnóstico de Schwanoma foi firmado com a anatomopatologia e imunohistoquímica. CONCLUSÃO: O diagnóstico diferencial de massas axilares em pediatria é amplo. A incidência de evento adverso a BCG é baixa, mas possivelmente subnotificada. A hipótese diagnóstica de schwanoma deve ser incluída nas hipóteses de massas axilares na faixa etária pediatria, apesar de que a apresentação descrita não é comum na faixa etária e topografia.

TRATAMENTO CONSERVADOR E CIRÚRGICO NO TRAUMA ESPLENO-RENAL NA INFÂNCIA

Márcio Abelha, Jaquelini Barboza da Silva, Mariana Frigheto Três, Heloisa Poli, Daniela Miranda e Fernanda Ribeiro

INTRODUÇÃO: O trauma abdominal fechado é o mais comum na infância. As principais causas são os acidentes automobilísticos e quedas. Um terço dos traumas abdominais envolvem o baço e o fígado. O traumatismo renal corresponde a dois terços de todos os tipos de traumatismos geniturinário. O tratamento conservador nas lesões mais graves ainda não tem consenso definido, sendo importante a experiência de centros de atendimento à criança traumatizada. RELATO DE CASO: Menino de 13 anos, que após queda de bicicleta, internou no Hospital Universitário devido forte dores abdominais em flanco esquerdo com hematuria macroscópica, com TA normal e sem taquicardia. Na ecografia e tomografia computadorizada lesão grau III no baço e lesão renal esquerda grau IVA hemoglobina 10,6 G/dL, o hematócrito 33,3%, instituído tratamento conservador. Após 12 h, estava sem hematuria macroscópica, porém taquicárdico e com peritonismo e o hematócrito era 21,1% e a hemoglobina 7 G/dL com ecografia de controle com separação dos polos renais e hematoma expansivo retroperitoneal com derrame pleural esquerdo. Indicada exploração renal esquerda. Feita nefrectomia esquerda com lesão de pelve e artérias segmentares, no pós-operatório teve recuperação completa e alta em 10 dias. DISCUSSÃO: Falhas no tratamento conservador são instabilidade hemodinâmica, hematoma expansivo e compressivo além hematúria macroscópica espoliativa. Neste caso o baço foi preservado, pois não houve piora ecográfica, já o trauma renal, mesmo sem lesão pélvica ureteral radiológica, houve expansão do hematoma e urinoma não contidos com consequente derrame pleural esquerdo incomum a lesão deste grau, confirmada após toracocentese terapêutica e diagnóstica, não sendo necessária a drenagem torácica, comum nestes casos e necessário caso houvesse possibilidade de nefrectomia parcial. No tratamento conservador não há evidências sobre a função imunológica do baço em lesões graves esplênicas, por isso, crianças abaixo de 7 anos de idade mais suscetíveis a germes capsulados devem ter a vacinação feita em esplenectomizados discutidos em futuros estudos. CONCLUSÃO: O tratamento cirúrgico não impede o conservador de lesões combinadas. O acompanhamento ecográfico foi suficiente no diagnóstico da piora e evitando a irradiação desnecessária. A lesão do sistema coletor pode não aparecer na tomografia com contraste na avaliação inicial e apresentações incomuns podem ser a indicação de intervenção cirúrgica como a fístula pélvico pleural esquerda.

USO DO APÊNDICE CECAL PARA CRIAÇÃO DE MECANISMOS QUE AUXILIAM A CONTINÊNCIA URINÁRIA E FECAL

Nicolino César Rosito, Felipe Holanda, Guilherme Peterson e Rafael Mazzuca

INTRODUÇÃO: Crianças com mielomeningoceles apresentam incontinência urinária por anormalidades da inervação vesical, quadro conhecido como bexiga neurogênica. Estão associados, problemas em outros sistemas em graus variáveis de hidrocefalia, deformidades esqueléticas, deficiência na motricidade e sensibilidade dos membros inferiores, bem como do esfíncter anal, podendo ocorrer encoprese e/ou constipação associados. OBJETIVO: Relatar o uso do apêndice cecal para confecção de mecanismo de continência urinária (Mitrofanoff) e fecal (Monti) no mesmo tempo cirúrgico em paciente com mielomeningocele. MATERIAL E MÉTODOS: Revisão de prontuário e documentação fotográfica. RESULTADOS: O apêndice cecal foi dividido em 2/3 (distal) e 1/3 (proximal), mantendo-se o pedículo dos vasos apendiculares. O terço proximal é mantido embricado no ceco para realização de enemas de limpeza (Técnica de Monti) tratando a constipação e/ou encoprese. Os 2/3 distais do apêndice cecal foram implantado na bexiga, entre a mucosa e o detrusor para cateterismo vesical continente (Técnica de Mitrofanoff). No pós-operatório, utilizando o apêndice cecal reimplantado em túnel submucoso vesical como conduto cateterizável (uma derivação urinária continente) permitiu ao paciente manter-se seco por períodos de até 6h, e com o uso de enemas de limpeza pelo conduto cateterizável de Monti a cada 2 dias, melhoraram os sintomas de encoprese encoprese. CONCLUSÃO: O uso do apêndice cecal dividido para confecção de mecanismo de continência urinária (Mitrofanoff) e de conduto cateterizável para enemas de limpeza a partir do ceco (Monti) no mesmo tempo cirúrgico mostrou-se factível e eficaz para a continência urinária e fecal do paciente com mielomeningocele.

VÁLVULA DE URETRA POSTERIOR: APRESENTAÇÃO CLÍNICA VARIÁVEL DEVIDO AO RETARDO NO DIAGNÓSTICO PRECOCE

Nicolino César Rosito, Felipe Colombo Holanda, Guilherme Peterson e Rafael Mazzuca

INTRODUÇÃO: A obstrução valvular da uretra desenvolve-se aproximadamente na 7ª semana gestacional, como resultado da confluência anormal dos ductos menosonéfricos e da membrana no seio urogenital. Dentre as causas de obstrução uretral, a válvula de uretra posterior (VUP) causa alterações secundárias ao trato

urinário superior, às vezes, com consequências devastadoras. Entretanto, a consequente dilatação do trato urinário fetal pode ser detectável por ultrassonografia já por volta da 14ª semana gestacional. OBJETIVO: Identificar os diferentes quadros clínicos decorrentes de válvula de uretra posterior, subdivididos por faixa etária. MATERIAL E MÉTODOS: Estudo retrospectivo, observacional, de 100 pacientes atendidos no HCPA, com diagnóstico de válvula de uretra posterior. RESULTADOS: A maioria dos pacientes (68) teve o diagnóstico somente após o período neonatal. Apenas 10 tiveram diagnóstico pré-natal, sendo que os achados ecográficos mais comuns foram ureterohidronefrose e oligodrâmio (50%). No período neonatal, massa abdominal e distensão abdominal, foram os achados clínicos mais prevalentes. Febre e infecção urinária foram os achados mais prevalentes quando o diagnóstico foi feito no primeiro ano de vida, após o período neonatal. CONCLUSÃO: Embora a ecografia, através do acompanhamento pré-natal, tenha capacidade de evidenciar alterações compatíveis com VUP já no 4ª mês gestacional, nesta série o diagnóstico foi tardio na maioria dos pacientes, muito do que justificado pela inexistência de pré-natal adequado para a população estudada. As manifestações clínicas foram diversas, conforme a faixa etária e aumentaram sua gravidade, quanto mais demorado foi o diagnóstico.

CUIDADOS PRIMÁRIOS

A ORGANIZAÇÃO DE UMA REDE ESTADUAL DE PROTEÇÃO AO RECÉM-NASCIDO DE RISCO EGRESSO DE UTIS NEONATAIS

Erico José Faustini, Eleonora Walcher, Brasília Italia Ache, Werner Ervino Fetzner, Carlos Armando Ulrich Lima, Mara Peres Meneghetti, Fulvia Elena Camporesi Schuster e Sandra Maria Salles Fagundes

INTRODUÇÃO: A "epidemia de prematuros" e o nascimento de outros RN de risco, associado ao avanço do conhecimento na área da neonatologia e da crescente tecnologia disponível para a assistência destes RN, levam ao aumento de RN de risco sobreviventes no Estado. Este fato levou a Secretaria Estadual de Saúde ao desafio de organizar uma rede estadual de assistência ao RN de risco que minimize o risco ampliado que esse grupo tem de adoecer e morrer. OBJETIVO: Criar uma rede estadual de RN de risco egressos de UTIN com a finalidade de prevenir complicações decorrentes do risco. MÉTODOS: Foi feita uma discussão com a Sociedade de Pediatria do Estado e serviços com experiência em acompanhamento ambulatorial de RN de risco para a elaboração de um projeto. Após elaboração, o projeto foi encaminhado para apreciação na Comissão Intergestores Bipartite do Estado. O Projeto foi aprovado por esta comissão através de resolução estadual de saúde, criando a rede de ambulatórios especializados no atendimento do RN de risco egresso de UTIN. A resolução prevê a alocação de recursos financeiros para os hospitais com UTIN e participantes da rede de atenção à gestante de risco, bem como condiciona a adesão destes hospitais à presença de equipe multiprofissional para o atendimento destes RN e a adoção do protocolo de atendimento proposto. RESULTADOS: Dezoito hospitais, permitindo uma cobertura em todo o Estado, incluindo todos os serviços universitários com Faculdade de Medicina e UTIN, aderiram à estratégia que iniciou em junho de 2011. Destes 18 hospitais, 12 já assinaram o termo de adesão e 6 estão em processo de adesão. CONCLUSÃO: A rede estadual de proteção ao RN de risco egresso de UTIN é uma estratégia inédita no Brasil. Esta ação pioneira do Estado trará um impacto positivo à saúde infantil com a padronização da assistência deste grupo de RN de risco por equipe multiprofissional até os dois anos de idade e incrementará a importância da atuação em rede, indispensável para o sucesso de ações de saúde pública na área infantil.

AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DESENVOLVIDAS PELO CENTRO DE ESTUDOS PEDIÁTRICOS DA UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL

Árien Eliza Oldoni, Cecília Rotava Buratti, Mariana Menegotto, Verônica Indicatti Fiomenghi e William Fontan Santiago

INTRODUÇÃO: As Ligas Acadêmicas são entidades sem fins lucrativos compostas por alunos do curso de Medicina e organizadas por discentes, docentes e outros profissionais com interesses comuns em ensino, pesquisa e extensão. As Ligas são autônomas e temáticas e, no caso da Pediatria, têm se constituído para abordar e aprofundar temas referentes à promoção de saúde da criança e do adolescente. Inserida no contexto das Ligas Acadêmicas, o Centro de Estudos Pediátricos (CEPED) desenvolve atividades científicas, culturais e sociais voltadas à comunidade acadêmica e à comunidade em geral, promovendo diversos temas relacionados à saúde da criança. OBJETIVOS: Desenvolver ações ligadas ao meio acadêmico que possibilitem o contato dos estudantes com a comunidade e que promovam a prevenção da saúde da criança. MÉTODOS: Através das ações desenvolvidas pelo CEPED, os membros têm a oportunidade de aprofundar seus conhecimentos a respeito da saúde da criança e do adolescente por meio de análise e discussão de estudos científicos, palestras com profissionais de diversas áreas e ações/intervenções em Hospitais e Escolas. Além do papel de produção de conhecimento acadêmico, o desenvolvimento de ações comunitárias proporciona grandes ganhos para a comunidade, na medida em que oportuniza ações educativas, de promoção e prevenção da saúde e viabiliza a troca de informações. Para o acadêmico, as Ligas representam uma chance de aprimoramento do currículo e de uma maior experiência clínica e crítica. CONCLUSÃO: As atividades desenvolvidas pelas Ligas Acadêmicas são capazes de contribuir para a comunidade, uma vez que auxiliam na melhoria da qualidade de vida da população. Sendo assim, o CEPED tem como bases o estímulo ao conhecimento médico pediátrico e o desenvolvimento de ações sociais de promoção à saúde da criança e do adolescente.

ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÕES DE SAÚDE EM ESCOLARES, RESULTADOS DO PROGRAMA SORRINDO PARA O FUTURO SESC-RS

Larissa Simon Brouwers, Aline Hohmann Gagliardi Mota, Fernanda Maffei, Mari Estela Kenner e Rosemary de Oliveira Petkowicz

INTRODUÇÃO: Programas de educação em saúde iniciados na infância mantendo-se ao longo da vida escolar possuem potencial para influenciar hábitos e reduzir fatores de risco para doenças. O Programa "SESC Sorrindo Para o Futuro" tem como objetivo educar para hábitos de higiene e alimentação para a promoção da saúde integral de escolares do nível da Educação Infantil ao quinto ano do Ensino Fundamental. Os desfechos principais são redução de cáries e doença periodontal e evitar o ganho excessivo de peso. População estudada: escolares pertencentes às 2.833 escolas participantes do Programa. MÉTODOS: Trata-se de um estudo de coorte no qual participam 363 municípios do

Rio Grande do Sul através das Secretarias de Educação e Saúde em parceria com o SESC. Os educadores recebem formação para as intervenções em saúde (alimentação saudável, prática de exercícios, orientação para higiene oral). O SESC promove a capacitação anual destes profissionais, os quais realizam as atividades educacionais em sala de aula e monitoram as respostas. Os educadores realizam o controle da higiene bucal, formação da placa dentária e avaliação do estado nutricional, através do IMC. O controle de peso e da estatura é realizado anualmente entre os escolares, sendo calculado o IMC e utilizado os pontos de corte da classificação da OMS/2007. RESULTADOS: As escolas participantes encontram-se principalmente na zona urbana (80,9%). Foram avaliadas 31.998 crianças em 2009; destas, 41,6% apresentavam excesso de peso (sobrepeso ou obesidade). Foi realizada a comparação do estado nutricional das crianças conforme a localização das escolas, rural/ urbana (qui-quadrado), e não houve associação entre estado nutricional e a zona de localização da escola. Na análise longitudinal de 4.645 crianças avaliadas em 2008 e 2009, o número de crianças eutróficas foi de 61,8% e 53,9 %, respectivamente. Houve a manutenção na proporção de crianças obesas e aumento dos que apresentavam sobrepeso na comparação entre os anos. Entre os alunos que iniciaram em 2008 e continuaram no programa até o final de 2009, 83,4% melhoram ou permaneceram com a boa condição de saúde bucal. CONCLUSÕES: Não há diferenças no excesso de peso entre as escolas rurais ou urbanas. Os dados de saúde bucal mostram que a continuidade do programa na escola tem um efeito positivo na saúde das crianças. Entretanto, em relação ao estado nutricional, as intervenções comportamentais não foram suficientes para apresentar impacto sobre o IMC das crianças participantes.

DEFESA PROFISSIONAL

IMPACTO DA PARTICIPAÇÃO EM LIGA DE PEDIATRIA NA GRADUAÇÃO MÉDICA

Rosangela Antunes Matte, Hugo Karling Moreschi, Vanessa Adriana Scheeffer, Marcela Rodrigues Nunes, Joane Antoniolli, Laura Cesar Wischral e Laura Marmitt

INTRODUÇÃO: A Liga de Pediatria da PUCRS é uma liga acadêmica sem fins lucrativos que tem como objetivo proporcionar aos estudantes das faculdades médicas de Porto Alegre e grande Porto Alegre um programa de educação continuado com assuntos relevantes na área da pediatria. OBJETIVOS: Estudar o impacto na vida acadêmica dos estudantes de medicina após um ano de participação na Liga de Pediatria. MATERIAL E MÉTODOS: Este estudo foi realizado no período de julho de 2010 a maio de 2011, através da aplicação de questionário digital aos membros da Liga de Pediatria da PUCRS, tendo como amostra um total de 58 questionários respondidos. Os questionários abordavam questões referentes à caracterização epidemiológica dos membros da Liga de Pediatria da PUCRS, à participação nos eventos, à satisfação com os mesmos e ao impacto na vida acadêmica que esta participação trouxe a seus membros. RESULTADOS: 100% dos membros consideraram a escolha dos temas, aplicabilidade dos mesmos e duração dos encontros boa ou excelente. Apenas um membro considerou a escolha dos palestrantes regular. 60% dos entrevistados consideraram ter melhorado seu desempenho como acadêmico de medicina após a participação nos eventos da liga. 86% dos membros da liga tiveram como principal motivação para ingressar na mesma o seu interesse pela pediatria, apesar de apenas 34% terem escolhido pediatria como especialidade médica a seguir. CONCLUSÃO: O presente estudo demonstra que os participantes da Liga de Pediatria da PUCRS demonstram-se satisfeitos com a qualidade dos eventos. A participação regular nas palestras trouxe melhora na vida acadêmica. Concluímos que a existência de ligas acadêmicas pode trazer benefícios à prática médica de seus participantes, pois estas proporcionam um ambiente de discussão de assuntos de interesse médico, amparado por profissionais capacitados, que complementam o conhecimento adquirido durante as aulas e durante os estudos em casa.

PERSPECTIVA DA PEDIATRIA NA VISÃO DE ESTUDANTES DE MEDICINA

Joane Antoniolli, Vanessa Adriana Scheeffer, Rosangela Antunes Matte, Marcela Rodrigues Nunes, Laura Marmitt, Hugo Karling Moreschi e Laura Cesar Wischral

INTRODUÇÃO: A Pediatria no Brasil, que conta hoje com 30 mil profissionais, foi uma das especialidades mais atingidas pelas transformações sociais, econômicas e tecnológicas. A remuneração é inadequada, tanto no sistema público quanto nos convênios, sendo cerca de 3 vezes menor que a maioria das outras especialidades. Tal desvalorização tem levado desde a diminuição da procura da especialidade por médicos recém-formados, até o fechamento de consultórios pediátricos. É fundamental o resgate do papel do médico pediatra, a fim de reestimular a formação desses profissionais, cuja relevância para a sociedade brasileira é notória. MÉTODOS: Este estudo foi realizado no período de maio de 2011, através de aplicação de questionário digital contendo cinco perguntas fechadas e uma aberta aos membros da Liga de Pediatria da PUCRS (LPED). Tal questionário abordava as seguintes questões: 1) Motivo para estar na LPED; 2) O que motiva à especialização em pediatria; 3) O que desmotiva à especialização em pediatria; 4) Por que não se especializar em pediatria; 5) Faria pediatria se o fator acima fosse modificado?. RESULTADOS: Foram respondidos 18 questionários. Dentre esses, 14 (77,8%) membros da LPED afirmaram querer se especializar em pediatria e 100% destes afirmaram ser a vocação o que os motiva a essa especialidade. Entre os fatores que os desmotivam a pediatria, 100% citaram o salário e 14% citaram a qualidade de vida. Dentre os 4 membros que referiram não querer a pediatria como especialidade, 100% referiram gostar de pediatria, sendo que 3 desses referiram participar da LPED pois consideram a especialidade importante e desejam adquirir mais conhecimento na área. Dentre esses, 100% referiram a qualidade de vida como motivo determinante para a não especialização na área, sendo que 3 desejariam se especializar em pediatria caso esse fator fosse modificado. CONCLUSÃO: A maior motivação para a participação dos integrantes da Liga de Pediatria PUCRS é o desejo de seguir a especialidade, levando em conta mais a vocação para o trabalho médico com crianças que as possíveis dificuldades. Além da qualidade de vida, muitas vezes refletida em horas de trabalho extenuantes, a remuneração inadequada é o principal fator que desmotiva os integrantes. O interesse por parte dos membros na especialidade Pediatria aumentaria se houvesse modificação dessa realidade, o que corrobora a necessidade de uma maior valorização da categoria.

ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CORTISOL E ESTRESSE EM ALUNOS ATENDIDOS POR UM CENTRO DE EDUCAÇÃO INFANTIL

Nadja Tiellet, Deisi Vargas e Caio Maurício Mendes Cordova

OBJETIVO: Avaliar o nível de estresse e cortisol em crianças que frequentam um Centro de Educação Infantil (CEI) Municipal. MÉTODOS: Estudo transversal, que avaliou 65 crianças até 6 anos. A medida do cortisol foi avaliada através da saliva, a coleta foi realizada, no período matutino, em 41 crianças, e, no período vespertino, em 24 crianças. Realizou-se a correlação do nível de cortisol com idade, peso, estatura, IMC, tempo de permanência na creche por dia, sintomas físicos e psicológicos relacionados ao estresse e a carga de estresse sofrido pela criança. Os dados foram apresentados através de tabelas e analisados com testes estatísticos para estimar associações. RESULTADOS: 35 eram do sexo feminino e 30 do masculino. A média de idade foi 44,1 ± 16,1 meses. A média do nível de cortisol salivar colhido no período matutino foi 10,2 nmol/L e, no vespertino, foi 12,7 nmol/L. A frequência de cortisol elevado foi 21,54%, com diferença significante entre as turmas, com diferença de 41,25% entre a maior e a menor média de cortisol. Em relação ao IMC, 24 crianças (36,9%) estavam acima do peso, sendo 9 delas com cortisol elevado. Quando correlacionado o tempo de permanência na creche por dia e o IMC, encontrou-se uma correlação positiva (r=0,44; p=0,03;), quanto maior o tempo de permanência na creche dessas crianças, maior o seu IMC. A média de cortisol entre as crianças que apresentavam sobrepeso/obesidade mostrou ser significantemente maior do que a média de cortisol das crianças com IMC adequado. No berçário houve uma correlação entre o cortisol e o tempo de permanência na creche (r=-0,87; p=0,02) e com a escala de reajustamento social (r=0,96; p=0,001). No jardim II foi verificado que o cortisol se correlacionou com o tempo em que as crianças permaneceram na creche (r=0,76; p=0,002) e com os sintomas de estresse infantil (r=0,73; p=0,004). CONCLUSÃO: Encontramos uma frequência de cortisol elevado em ¼ das crianças estudadas. Os níveis de cortisol salivar associaram-se com o IMC, tempo de permanência na creche, sintomas de estresse infantil e escala de reajustamento social. O cortisol e o estresse podem ser importantes, como causa ou consequência, no desenvolvimento da obesidade. A maior frequência de cortisol elevado foi verificado no período vespertino, sendo provável que as crianças frequentadoras de creche possam apresentar alteração do ritmo circadiano do cortisol.

HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA POR DEFICIÊNCIA DA ENZIMA 17 ALFA-HIDROXILASE

Paola Mari Nakashima Cano, Danilo Resende Dias de Abreu, Lilian Bianca Miller Martelo de Marcos e Natália Souza Aono

INTRODUÇÃO: Hiperplasia adrenal congênita (HAC) compreende doenças autossômicas recessivas, com deficiência enzimática da síntese de cortisol, resultando em aumento compensatório da secreção de ACTH. HAC por deficiência da enzima 17 á-hidroxilase (17OH) é rara, cursando com redução da produção de esteroides sexuais, desenvolvimento puberal incompleto ou ausente; aumento de desoxicorticosterona (DOC), hipertensão arterial sistêmica (HAS) e inibição do sistema renina-angiotensina. São característicos: aumento de pregnenolona, progesterona e DOC, diminuição da 17-OHP, androstenediona, testosterona e estradiol (E2). RELATO DO CASO: Paciente, sexo feminino, 14 anos, procedente e natural de Campo Grande (MS), encaminhada ao endocrinologista pediátrico com queixa de atraso puberal e HAS em uso de atenolol. Tanner=M1P1, altura=1,6m; idade óssea (IO)=11 anos, FSH=105,4, LH=64,62, aldosterona=29,6, progesterona=13,9, pregnenolona=1,33, DOC=2.641, cortisol 0,69, E2 <10, renina 0,5, 17OHP=0,86, androstenediona< 0,30, cariótipo 46XX. Diagnosticou-se HAC por deficiência de 17OH. Prescreveu-se etinilestradiol, acetato de hidrocortisona 10mg/m²sc/dia e manutenção do atenolol 25mg/dia. Com 15 anos, atingiu Tanner=M3P1; IO=13 anos; cortisol suprimido; E2 dentro do limite. Aos 16 anos, relatou ser vítima de bullying, entrou-se com fluoxetina 20mg. Com 17 anos, IO=14 anos; Tanner=M4P2, 1,65m de altura; substituiu-se a hidrocortisona por prednisona 5mg/dia, por ser de fácil administração e não haver mais risco de prejuízo estatural. Após 2 meses, ACTH=51,4, cortisol=4,5, E2=10, aumentou-se a dose de prednisona (10mg/dia) e prescreveu-se contraceptivo oral. A paciente apresentava-se assintomática. DISCUSSÃO e CONCLUSÃO: Esta síndrome ocorre em menos de 1% dos casos de HAC. Mulheres (46XX) apresentam infantilismo sexual, amenorreia primária, ausência de pelos pubianos e axilares e retardo da IO. Deve-se acompanhar a cada 4-6 meses com dosagens hormonais para monitoração da reposição de glicocorticoides.

XANTOMA ERUPTIVO: RELATO DE CASO

Cristiane Kopacek

INTRODUÇÃO: Xantomas correspondem a lesões cutâneas com acúmulo de lipídeos de localização dérmica. O xantoma eruptivo se manifesta como pápulas e nódulos, isolados ou confluentes, de coloração amarelo-alaranjada, localizados principalmente nas áreas de extensão dos membros e região glútea. É consequente a níveis elevados de triglicérides no plasma. O diagnóstico precoce e a correta interpretação das alterações cutâneas podem ter importante impacto no diagnóstico, tratamento e prognóstico de pacientes portadores de alterações primárias ou secundárias do metabolismo das lipoproteínas. Relata-se caso clínico de exuberante de xantoma eruptivo em paciente de 8 anos, sem diagnóstico prévio de dislipidemia e com pai portador de dislipidemia severa. OBJETIVOS: Chamar a atenção para o diagnóstico precoce e a correta interpretação destas alterações cutâneas no diagnóstico, tratamento e prognóstico de pacientes portadores de alterações do metabolismo das lipoproteínas. MÉTODOS: Relato de caso de paciente masculino, de 8 anos, previamente hígido, com queixa de lesões cutâneas em tronco, abdômen e membros superiores, de início súbito há 2 meses. Vem encaminhado ao Endocrinologista Pediátrico para avaliação de dislipidemia. Como antecedentes familiares, referia o pai com dislipidemia severa, hipertrigliceridemia, em tratamento irregular com estatina, e sem lesões cutâneas. Ao exame clínico, o menino apresentava múltiplas lesões papulosas, pápulo-nodulares, isoladas, de coloração amarelo-alaranjada e localizadas no tronco, abdômen, dorso e região extensora dos membros superiores. Além de obesidade (IMC de 23,9), não apresentava nada digno de nota nos demais orgãos e sistemas. RESULTADOS: Os exames laboratoriais de entrada mostraram: triglicérides = 2000 mg/dl e colesterol total = 732 mg/dl. Orientado pelo pediatra a seguir dieta, os exames foram repetidos 2 meses após, com os seguintes resultados: triglicérides = 1.530 mg/dl e colesterol total = 499 mg/dl, HDL = 26,4 mg/dl. Outros lípides não foram dosados. Trazia ainda hemograma e enzimas hepáticas normais. CONCLUSÃO: Embora não seja entidade clínica comum, salienta-se a importância do xantoma eruptivo para os pediatras como a expressão clínica de hipertrigliceridemia severa, devendo ser considerado este diagnóstico, especialmente em casos de dislipidemia familiar. O manejo desta situação é essencial para que se evitem complicações agudas como pancreatite e risco de doença arterial coronariana.

GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA

ABSCESSO HEPÁTICO: RELATO DE CASO

Juliana Dall´Onder, José Gomes da Rocha Filho, Natália Schilling Ceratti, Bruno Oneto Y Viana Pintos, Tatiana Salini Marin, Andressa Vargas Martins e Cristiano do Amaral de Leon

INTRODUÇÃO: Abscessos hepáticos são definidos como conjuntos de material purulento no parênquima hepático de solitários ou múltiplos, principalmente de origem amebiana, bacteriana, ou mista. As principais características clínicas de um paciente com um abscesso do fígado são febre, dor abdominal no quadrante superior direito, náuseas e vômitos, sintomas constitucionais, incluindo mal-estar, fadiga, anorexia e perda de peso. A ultrassonografia é o exame de imagem não invasivo preferido inicialmente. OBJETIVO: Relatar um caso de suspeita de abscesso hepático, seu diagnóstico e tratamento. MATERIAL E MÉTODOS: Relato de caso. Caso: A.L.C.J., 12 anos, procurou um serviço de saúde em Viamão no dia 14/02/11 com quadro de febre alta, diarreia e vômitos, recebendo tratamento sintomático com antipirético. No dia 25/02/11, iniciou com dor abdominal intensa em hipocôndrio diretito associado ao quadro inicial. Realizou ecografia de abdome que mostrou líquido livre subdiafragmático direito. Iniciou com antibioticoterapia por suspeita de apendicite aguda. Realizou tomografia de abdome sem contraste mostrando lesão hipodensa de 8,4 cm por 5,3 cm em região vesicular, bem como derrame pleural bilateral. Foi tranferido para um serviço de saúde de Canoas no dia 01/03/11 para maior investigação, com suspeita de abscesso hepático. Realizou tomografia de abdome com contraste mostrando lesão expansiva hipodensa de 9,4 cm por 7,0 cm no lobo direito do fígado com impregnação periférica e heterogênica no contraste (abcesso multiseptado). Líquido livre perivesicular, peri-hepático e pélvico. Exame parasitológico de fezes negativo. Realizada biópsia hepática que evidenciou achados compatíves com fibrose cicatricial pós-abscesso. Recebeu alta após 23 dias de antibioticoterapia, com melhora dos sintomas e diminuição das dimensões de lesão hepática em tomografia de controle. CONCLUSÃO: Para identificarmos causas amebianas, anticorpos séricos antiamebiase podem ser úteis, mas quando uma causa piogênica é suspeita, a cultura do conteúdo do abscesso é necessário, e antibioticoterapia não deve ser adiada até que os resultados da cultura estejam disponíveis, iniciando-se antibioticoterapia empírica.

ATRESIA DE VIAS BILIARES

Larissa Coconcelli Kasper, Gláucia Alves de Carvalho, Bárbara Berrutti, Caroline Dutra Göellner e Paola Moretti

INTRODUÇÃO: A atresia biliar, com uma incidência estimada entre 1 em 8.000 até 1 em 15.000 nascimentos, é caracterizada por um quadro de colestase devido à obstrução congênita das vias biliares extra-hepáticas. Constitui-se hoje a principal causa de transplante hepático em crianças. RELATO DO CASO: Recém-nascido a termo, masculino, com 3.620 g, Apgar 9/10 é levado a UBS com sete dias de vida apresentando icterícia. Foi orientado, na ocasião, apenas a observação do quadro. Em consulta ambulatorial com um mês de idade, o lactente continuava ictérico e os exames laboratoriais solicitados evidenciavam aumento de bilirrubinas totais, à custa de bilirrubina direta (BD: 3,44mg/dl). Encaminhado ao gastroenterologista pediátrico, este indicou internação hospitalar para investigação. Interna com dois meses e nove dias de vida no PSM de Pelotas com acolia fecal, icterícia e hepatoesplenomegalia. Realiza uma ultrassonografia abdominal que não mostra alterações. Três dias após, na enfermaria pediátrica do HUSFP, segue com a mesma clinica e laboratório, tendo sido descartadas rubéola, hepatites, toxoplasmose, sífilis e HIV. À cintilografia de fígado e vias biliares solicitada não se visualiza trânsito biliar, sugerindo o diagnóstico de atresia de vias biliares. O lactente foi encaminhado ao serviço de cirurgia pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre para a realização de portoenterostomia. DISCUSSÃO: A colestase neonatal constitui uma urgência em pediatria, uma vez que, se a portoenterostomia não for realizada precocemente, ocorre a progressão para fibrose, com insuficiência hepática e óbito. O simples acompanhamento da coloração das fezes do recém-nascido, com o espectro de cores de alerta presente na caderneta da criança, já faz levantar a suspeita. CONCLUSÃO: Tendo em vista que a idade da criança ao realizar a portoenterostomia é o principal fator prognóstico da doença, o diagnóstico precoce e o encaminhamento para centros especializados são de suma importância para a sobrevida com qualidade do paciente.

CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS E HISTOLÓGICAS DE UMA AMOSTRA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES INFECTADOS PELO HELICOBACTER PYLORI

Juliana Ghisleni de Oliveira, Anna Carolina Saraiva Camerini, Cristina Helena Targa Ferreira, Luíse Meurer e Themis Reverbel da Silveira

INTRODUÇÃO: Helicobacter pylori (H. pylori) é uma bactéria com distribuição universal e está presente em cerca de 50% da população mundial. Doença ulcerosa péptica e adenocarcinoma gástrico são condições associadas à infecção com elevada morbimortalidade. A infância constitui o período de maior aquisição da infecção, que costuma permanecer por toda a vida do indivíduo a menos que um tratamento seja instituído. O comportamento da infecção varia conforme a população estudada. Como o Brasil é um país continental, com diversas peculiaridades regionais, o entendimento da realidade local é fundamental, uma vez que o impacto dessa condição não necessariamente é o mesmo em todas as regiões do país. OBJETIVO: Descrever as características endoscópicas e histológicas de uma amostra de crianças e adolescentes infectados pelo H. pylori. MÉTODOS: Estudo transversal, descritivo e contemporâneo com uma amostra de crianças e adolescentes submetidos a EDA no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e no Hospital Moinhos de Vento de março de 2008 a janeiro de 2011. Critérios de inclusão: ter indicação para realização de EDA e idade entre 1 e 18 anos. Critérios de exclusão: contraindicação à realização de biópsia; uso de antibiótico e/ou bismuto, de bloqueadores H2 e de inibidores da bomba de prótons nos 30 dias anteriores ao exame; uso de anti-inflamatório não esteroide e/ou de ácido acetil-salicílico nos 3 dias anteriores ao exame. A histologia foi o método escolhido para o diagnóstico da infecção. Foram coletados 5 fragmentos de biópsia gástrica: 2 do corpo, 2 do antro e 1 da incisura e todos os exames foram realizados por um único patologista. RESULTADOS: 400 procedimentos foram incluídos e 72 casos de infecção pela bactéria foram identificados (prevalência de 18%). Gastrite nodular foi o achado endoscópico mais prevalente, presente em 43% dos casos. Doença ulcerosa péptica não foi identificada na amostra estudada. Quanto aos achados histológicos, todos os pacientes apresentaram gastrite crônica, sendo 53% das gastrites de intensidade leve. 66/72 pacientes apresentaram densidade leve a moderada da bactéria. Atrofia gástrica foi identificada em 3 casos e metaplasia intestinal em 1 paciente. CONCLUSÃO: O estudo sugere haver uma menor prevalência da infecção por H. pylori nas crianças e adolescentes submetidos a EDA no nosso meio em relação a outras regiões brasileiras, bem como uma menor prevalência de doença ulcerosa péptica.

COLESTASE NEONATAL: ASSOCIAÇÃO DE SÍNDROME DE ALAGILLE E INFECÇÃO POR CITOMEGALOVÍRUS

Osvaldo Artigalás, Ana Regina Lima Ramos, Raquel Borges Pinto, Beatriz John dos Santos, Lauro Antônio Dondonis Filho, Ariane Nádia Backes, Valentina Provenzi, Laura Laranjeira e Manoel Ângelo de Araujo

INTRODUÇÃO: Existem mais de 100 causas identificáveis de colestase neonatal, o que exige raciocínio clínico e sistematização da investigação. Nesse trabalho, descrevemos um caso de um lactente com sindrome de Alagille e infecção por citomegalovírus, enfocando na importância de uma investigação criteriosa. CASO CLÍNICO: Paciente masculino, 3 meses, com colestase iniciada no 1º mês de vida internado na sua cidade, recebendo alta com investigação inconclusiva. Passou a apresentar acolia aos 2 meses, quando foi transferido para o HCC. Antecedentes perinatais e história familiar não continham particularidades. Na sua primeira avaliação, apresentava-se ictérico, sem dismorfias, tórax simétrico com ausculta normal, abdome sem megalias, restante do exame físico sp. Exames iniciais mostraram: Ht: 28%, Hb: 9,9 g/dL, L: 18.560, plaquetas: 567.000/mL; reticulócitos: 1,9%, BT: 11,8mg/dL, BD: 7,7 mg/dL, TGO: 255 mg/dL, TGP: 103 mg/dL, GGT: 556U/l, INR 1,0, KTTP 39s, albumina 4,3 mg/dL, função renal e gasometria: sp, colesterol: 261mg/dL, triglicerídeos: 243mg/dl, TSH e T4 livres: sp, Perfil metabólico normal. EQU e urocultura: sp. Sorologias para hepatites virais: NR, VDRL NR, Rubéola IgG e IgM NR, Toxoplasmose IgM NR, IgG duvidoso, CMV IgM e IgG Reagentes, PCR positivo. Anti-HIV: NR. Solicitado alfa-1-antitripsina sérica. US abdominal (normal) e cintilografia de vias biliares que não evidenciou excreção. Avaliação oftalmológica (normal), RX coluna vertebral (hemivértebra em T6 - "vértebra em borboleta"). Solicitada ecocardiografia (estenose grave de ramos pulmonares), confirmando assim o diagnóstico de síndrome de Alagille. US cerebral (normal), US e cintilografia de vias urinárias (sem malformações) e biópsia hepática: colestase acentuada, infiltrado inflamatório portal leve, hepatócitos gigantes sinciciais e fibrose portal com formação de septos. Ausência de ductopenia e inclusão citomegálica. Paciente foi tratado com ac. ursodesoxicólico e ganciclovir por 21 dias, recebendo alta em boas condições. CONCLUSÃO: A síndrome colestática do lactente constitui um dos maiores desafios diagnósticos da Hepatologia Pediátrica. Esse caso clínico ilustra a importância da sistematização da investigação complementar na colestase neonatal e a correlação desta com os achados clínicos. A presença de um agente causal não obrigatoriamente deve encerrar a investigação.

COLESTASE NEONATAL GRAVE CAUSADA POR HEPATITE DE CÉLULAS GIGANTES ASSOCIADA A ANEMIA HEMOLÍTICA POR DEFICIÊNCIA DE G6PD: RELATO DE CASO

Raquel Borges Pinto, Ana Regina Lima Ramos, Beatriz John dos Santos, Osvaldo Artigalás e Valentina Provenzi

INTRODUÇÃO: Hepatite de Células Gigantes (HCG) é uma forma rara de Hepatite Neonatal associada a um prognóstico ruim. O diagnóstico é histológico e a etiologia pode estar associada a vírus, drogas, deficiência de alfa-1-antitripsina e autoimunidade, assim como a anemia hemolítica Coombs positiva. Descrevemos um caso de HCG associada a anemia por Deficiência de G6PD. CASO CLÍNICO: Masculino, 1m13d, internou por icterícia há 4 dias, gemência e baixo peso, sem acolia. Mãe 47 anos, gesta VII, pré-natal de alto risco, consanguinidade parental. Parto vaginal, 38 semanas, APGAR 6/9. Ao exame: REG, prostrado, granuloma umbilical, ictérico até raiz da coxa, sem linfonodomegalias. AR: MVUD, disfunção respiratória leve. ACV: RR, 2T, BNF, sopro sistólico 2+/6+. ABD: hepatomegalia discreta, esplenomegalia. Criptorquidia bilateral. Exames: Ht 30%; Hb 8,9 g/dL; leucócitos: 11.270; plaq: 221.000; TP: INR 1,6, KTTP: 57s; Fator V: 116%; BT: 44 mg/dL, BD: 20 mg/dL. TGO: 1119U/L; TGP: 287U/L; GGT: 53U/L; FA: 398U/L; glicose: 79mg/dL, a-fetoproteína: > 60.500 ng/mL; Ferritina: 2555ng/mL; saturação da Transferrina: 27%; albumina: 3,6 mg/dL; TSH e T4 livre: normais; Coombs: negativo; LDH: 906U/L; Colesterol: 214mg/dL; Triglicerídeos: 187mg/dL, reticulócitos: 3,8%. Eletroforese de hemoglobina: normal; STORCH negativo, anti-HIV: NR; anti-HCV positivo; PCR negativo. HbsAg: NR. Erros Inatos do Metabolismo: alteração da oxidação de ácidos graxos. Deficiência de G6PD. US abdome: hepatoesplenomegalia; Cintilografia de vias biliares: normal; Rx de ossos longos, tórax e coluna: sp; Avaliação oftalmológica: sp. Ecocardiograma: CIA, tipo "osteum secundum". Biópsia hepática: inflamação crônica, acentuada transformação gigantocelular dos hepatócitos, colestase hepatocitária e canalicular, hemopoiese extramedular, mínima proliferação ductular e fibrose porta-porta e porta-centro. EVOLUÇÃO: Iniciado tratamento para sepse, ácido ursodesoxicólico e vitamina K, apresentando melhora da coagulação e melhora parcial da colestase. Mantido dieta com fórmula semielementar e vitaminas lipossolúveis, persistindo com dificuldade de ganho ponderal, apesar de receber alimentação via sonda. Foi encaminhado para centro de transplante hepático. CONCLUSÃO: HCG é uma importante consideração diagnóstica em lactentes com colestase grave. Apesar da conhecida associação com anemia hemolítica Coombs positiva, outras causas de hemólise devem ser consideradas, como a deficiência de G6PD.

DOENÇA DE MÉNÉTRIER EM LACTENTE DE 2 ANOS: RELATO DE CASO

Ana Regina Lima Ramos, Raquel Borges Pinto, Beatriz John dos Santos, Paulo Cezar Nunes, Alexandra Cauduro Ponso, Valentina Provenzi e Manoel Angelo de Araujo

INTRODUÇÃO: A doença de Ménétrier ou gastroenteropatia hipertrófica caracteriza-se pela hipertrofia das pregas do fundo e corpo gástrico causada por hipersecreção da mucosa com consequente gastroenteropatia perdedora de proteínas, sendo muito rara em crianças. CASO CLÍNICO: Paciente masculino, de 2 anos e 5 meses, previamente hígido, interna com história de vômitos frequentes há 2 semanas e quadro de febre até 40ºC há 7 dias, sendo iniciado com amoxicilina e logo após ter apresentado edema de face, membros inferiores, região periescrotal e distensão abdominal. Em consulta em serviço de emergência foi detectada albumina de 1,4mg/dl, sendo indicada internação por suspeita de síndrome nefrótica. Após avaliação com Nefrologia, foi descartada síndrome nefrótica e solicitada avaliação pelo Serviço de Gastroenterologia. Realizados exames: C3 e C4 normais, VDRL: NR; FAN: NR; Fator reumatoide: NR; ASLO: NR; TGO: 39mg/dl; Sorologia para Citomegalovírus: em andamento; TGP: 21mg/dl; triglicerídeos: 281mg/dl; colesterol: 170mg/dl; T4 e TSH: normais; Hb 11,5, 21.010 leucócitos, 18% eosinófilos, 51,5% linfócitos; imunoglobulinas normais, com exceção de IgA de 26mg/dl (36 – 165) e IgG de 187mg/dl (520 – 1080); proteinúria em amostra de 0,39g/l (acima de 2,0); raio X de trânsito intestinal: espessamento do revestimento mucoso do fundo gástrico, jejuno muito irregular, com aparente espessamento parietal. Realizada endoscopia digestiva alta que revelou: mucosa de fundo, corpo e antro apresentando múltiplas lesões polipoides sésseis, a maior medindo aproximadamente 7 mm, e algumas áreas de espessamento da mucosa, principalmente no fundo. Teste de Urease: negativo; a análise anátomo-patológica mostrou acentuada hiperplasia foveolar, sem metaplasia intestinal

e pesquisa de helicobacter pylori negativa, demais aspectos: sp; Paciente evoluiu com melhora espontânea e progressiva do edema periférico e dos níveis de albumina, sendo a última dosagem de 3,7mg/dl. Após 20 dias de hospitalização, teve alta em bom estado geral. CONCLUSÃO: A doença de Ménétrier é rara na infância, sua etiologia é ainda desconhecida. Na criança, o início do quadro clínico é abrupto, muitas vezes associado com infecção viral precedente, e apresenta um curso autolimitado. Deve ser sempre considerada nos diagnósticos diferenciais de hipoalbuminemia por provável perda gastrointestinal.

DOENÇA DE MÉNÉTRIER EM MENINO DE 4 ANOS

Tiago Jeronimo dos Santos, Roberta Ferlini, Melina Utz Melere, Marilia Rosso Ceza e Sandra Maria Gonçalves Vieira

INTRODUÇÃO: Gastropatia Hipertrófica Exsudativa, descrita inicialmente por Ménétrier, caracteriza-se por hipertrofia de pregas gástricas, hiperplasia foveolar e atrofia glandular do corpo gástrico, com excreção de muco rico em proteínas. A faixa etária pediátrica mais prevalente é entre 3 a 5 anos, onde o quadro clínico costuma ser rico e autolimitado. OBJETIVO: Relatar o caso de um paciente de 4 anos com doença de Ménétrier. MÉTODOS: Relato de caso de criança com Doença de Ménétrier, com análise clínica, laboratorial e histopatológica realizada em abril de 2011. DESCRIÇÃO: Menino, 4 anos, trazido à Emergência por dor abdominal aguda e história de vômitos, inapetência e diarreia iniciados há 2 semanas, sem febre. Ao exame, presença de sinais de irritação peritoneal e anasarca. Ecografia abdominal com pequeno derrame pleural à direita, ascite, hepatoesplenomegalia discreta e adenomegalias junto ao hilo hepático e tronco celíaco. Radiografia de trânsito intestinal com espessamento de pregas e irregularidades parietais no estômago. Laboratório: leucograma normal, anemia microcítica e hipocrômica, função hepática normal, hipoalbuminemia e hipertrigliceridemia. Evoluiu com piora do edema de membros inferiores, mãos e bolsa escrotal e manutenção da ascite, no entanto, índice proteinúria/creatinúria, exame comum de urina, proteinúria de 24h e dosagem de C3 e C4 descartaram síndrome nefrótica. Triagem para doença celíaca negativa. Endoscopia digestiva alta (EDA) com mucosa gástrica hipertrófica, muito friável, sem lesões intestinais e histologia sem padrão definido. IgA e IgM séricas no limite inferior da normalidade, IgG reduzida, IgE elevada. Suspeita de enteropatia perdedora de proteínas. Realizada avaliação com parasitológico de fezes negativo, sorologias para hepatites A, B e C e HIV não reagentes, e sorologias para CMV com IgG reagente, IgM indeterminado e PCR urinário positivo. Após 2 semanas, houve melhora progressiva dos vômitos, edema, hiporexia e ganho ponderal. EDA após 20 dias com significativa melhora e laboratório com reversão da hipoalbuminemia e hipogamaglobulinemia. CONCLUSÃO: As características clínicas, laboratoriais e imaginológicas sugerem doença de Ménétrier. Hipertrofia da mucosa gástrica, hipoalbuminemia e indícios de infecção por CMV foram os principais achados. Apesar de a biópsia ter sido inconclusiva, a benignidade do caso e seu curso, após tratamento conservador, contribuíram ao diagnóstico.

DOES EATING THE EGGS MAKE ANY DIFFERENCE FOR ZEBRAFISH?

Gabriela Lima Pedroso, Thais Ortiz Hammes, Laisa Beduschi Fracasso, Thayssa Dalla Costa Escobar, Rafael Lucyk Maurer e Themis Reverbel da Silveira

INTRODUCTION: The Zebrafish eggs are rich in lipids and it can be a source food for the fish. The aim of this study is to measure the influence of eating eggs in BMI, cholesterol and triglycerides serum levels in Zebrafish. MATERIAL AND METHODS: Adult Zebrafish of both genders were divided into two groups, control (free access to their own eggs) and the experimental group (bottom of the aquarium filled with glass balls to prevent them to access theeggs) for two weeks. To the blood analysis, both groups were kept fasting for 24 hours before the blood collection. The body mass index (BMI) was measure in gram per square centimeter (g/cm^2). To collect the blood samples, animals were anesthetized and an incision was made before the tail to access the dorsal vein. We used an automatic pipette to collect the blood. It was centrifuged and serum was obtained for analysis. Triglycerides and cholesterol were analyzed with colorimetric tests. The n used was 4 pools with serum of 10 animals each. RESULTS: There was no significant difference in BMI between control ($0,037 \pm 0,009$ g/cm^2) and experimental group ($0,035 \pm 0,008$ g/cm^2) neither in cholesterol levels (control 362 ± 73 mg/dL and experimental group 357 ± 23 mg/dL). However, there was a significant difference in triglycerides levels (control 457 ± 43 mg/dL and experimental group 292 ± 111 mg/dL P=0,03) CONCLUSION: Eating the eggs seams to influence the Zebrafish´s triglycerides serum levels without modifying the BMI and the cholesterol serum levels.

DUCTOPENIA GRAVE ASSOCIADA AO USO DE ANTICONVULSIVANTE EM PACIENTE COM NECRÓLISE EPIDÉRMICA TÓXICA: RELATO DE CASO

Raquel Borges Pinto, Ana Regina Lima Ramos, Beatriz John dos Santos, Rosane Merg, Elisa Baldasso, Valentina Provenzi, Alexandra Cauduro Ponso e Evandro Sobroza de Mello

INTRODUÇÃO: A síndrome ductopênica (vanishing bile duct syndrome - VBDS) ocorre raramente em crianças e pode decorrer de várias causas, tais como: infecções, doenças cromossômicas, deficiência de alfa-1-antitripsina, hipopituitarismo e doenças metabólicas. Descrevemos um caso de VBDS associada ao uso de fenitoína em uma menina com necrólise epidérmica tóxica (NET). CASO CLÍNICO: Menina de 11 anos com diagnóstico de toxoplasmose congênita, internou na UTIP do HCC por febre e lesões de pele após uso de fenitoína por crise convulsiva. Nega uso de outras drogas, chás ou transfusão. Ao exame apresentava lesões bolhosas rotas (com desprendimento de pele tipo: Nikolski) em cerca da metade da superfície corporal, compatível com NET. Recebeu imunogobulina por 3 dias. Exame oftalmológico revelou ceratite discreta, sendo indicado colírio de ciprofloxacina. Durante a internação, apresentou aumento progressivo de bilirrubinas e transaminases. Realizou exames: Ht: 33%; Hg: 10,5 g/L; plaquetas: 687.000; INR 1,6, KTTP 33s, TGO 201 U/L; TGP 223 U/L BT 17mg/dL e BD 15 mg/dL; GGT 473U/L; FA 567 U/L; albumina: 3,3 g/dL; Colesterol: 663 mg/dL e triglicerídeos 390mg/dL. Marcadores para hepatites virais, CMV e EBV foram negativos. Anti-HIV, antimúsculo liso e anti-LKM: negativos. FAN: NR, dosagens de C3, C4, a-1-antitripsina, ceruloplasmina, Imunoglobulinas, TSH e T4 livre foram normais. US abdome: aumento de ecogenicidade hepática. Apresentou sepse, sendo utilizados vários esquemas de antibióticos (oxacilina, vancomicina, meropenem e cefepime). Devido à piora da colestase, foi iniciado ácido-ursodesoxicólico. Apresentou boa evolução das lesões de pele, porém manteve aumento progressivo das bilirrubinas. Realizou biópsia hepática: espaços-porta com mínimo infiltrado inflamatório misto, ductopenia de espaços interlobulares menores, intensa bilirrubinose centrolobular e leve fibrose perissinusoidal em zona 3, compatível com etiologia tóxico-medicamentosa. Realizou colangiorressonância que não exibiu alterações. A paciente foi mantida com ácido ursodesoxicólico, dieta

hipolipídica, colestiramina e vitaminas lipossolúveis, sendo então encaminhada para centro de transplante hepático. DISCUSSÃO: Ductopenia pode ser o resultado final de uma agressão hepática grave. Descrevemos um caso raro de hepatotoxicidade causada por fenitoína em paciente com necrólise epidérmica tóxica que resultou em perda progressiva de ductos biliares intra-hepáticos.

EFEITO DA TAURINA SOBRE A ESTEATOSE HEPÁTICA INDUZIDA POR TIOACETAMIDA EM ZEBRAFISH (DANIO RERIO)

Thais Ortiz Hammes, Gabriela Lima Pedroso, Thayssa Dalla Costa Escobar, Laisa Beduschi Fracasso, Carolina Rigatti Hartmann, Darlan Pase da Rosa, Marilene Porawski, Norma Possa Marroni e Themis Reverbel da Silveira

INTRODUÇÃO: A doença hepática gordurosa não alcoólica é uma das formas mais comuns de doença hepática crônica no mundo ocidental. A taurina é um aminoácido condicionalmente essencial para os humanos e pode ser uma terapia promissora nessa hepatopatia. OBJETIVO: Avaliar o efeito da taurina na esteatose hepática induzida por tioacetamida em Danio rerio. MÉTODOS: Os animais foram divididos em 4 grupos: controle (Ctrl - 20 μL de solução salina), taurina (TAU – 1000 mg/kg), tiaoacetamida (TAA – 300 mg/kg) e taurina-tioacetamida (TAU+TAA – 1000 mg/kg + 300 mg/kg). A TAA foi injetada por via intraperitoneal, 3 vezes por semana, durante 2 semanas. A expressão de mRNA, lipoperoxidação, atividade de enzimas antioxidantes e análises histológicas foram avaliadas no tecido hepático. O conteúdo de triglicerídeos foi mensurado no soro. RESULTADOS: A injeção de TAA induziu esteatose, a qual foi confirmada por análises histológicas. TBARS mostrou dano hepático significante no grupo TAA (0.89 ± 0.06 nmol/mg de proteína) em comparação com o grupo TAU+TAA (0.50 ± 0.01 nmol/mg de proteína) ($P<0.001$). A atividade da superóxido dismutase (SOD) no grupo TAU+TAA (5.95 ± 0.40) foi aumentada quando comparada com o grupo TAA (4.14 ± 0.18 U SOD/mg de proteína) ($P<0.001$). A atividade da catalase e os triglicerídeos séricos não apresentaram alteração. A expressão de mRNA da Sirtuína 1 (0,5 vezes) e do receptor 2 de adiponectina (0,39 vezes) foram menores nos grupos TAA do que no grupo Ctrl ($P<0.05$). A expressão de mRNA do TNF-á foi 6,4 vezes maior no grupo TAA que no grupo Ctrl. A expressão de SIRT1 foi 2,6 vezes maior na TAU+TAA do que no grupo TAA. CONCLUSÃO: A taurina pode melhorar os parâmetros oxidativos e aumentar a expressão da SIRT1 em modelo de esteatose hepática.

HEPATOBLASTOMA EM ADOLESCENTE FEMININA: UM CASO EM IDADE ATÍPICA

Nadja Tiellet, Maiara Cunha, Rogérios Sanches Garcia, Patricia Brandalise, Melissa de Oliveira e Marcela de Moraes Barros e Sousa

INTRODUÇÃO: Neoplasias hepáticas primárias em crianças situam-se entre 0,5% a 2,0% de todas as neoplasias da faixa etária pediátrica. O hepatoblastoma apresenta uma taxa de incidência de 90% em pacientes menores de cinco anos e de 30% nos dois primeiros anos de vida, e é raro em adolescentes. A idade média do diagnóstico é de 1 ano e os meninos são mais afetados, numa relação de 1,5:1 (M:F). OBJETIVO: Descrever um caso de hepatoblastoma em adolescente, tratada com cirurgia e quimioterapia. MÉTODOS: Relata-se o caso de adolescente com volumoso tumor hepático, tratamento e evolução. RELATO DO CASO: Adolescente feminina de 14 anos com quadro clínico de vômitos frequentes. A USG e RNM evidenciaram volumosa massa abdominal, compatível com tumor sólido hepático. Exames como VHS, ferritina, LDH, F.A., TSH, TGO, TGP e Gama GT apresentaram-se elevados. O resultado da biópsia foi adenoma de suprarrenal. Realizada a ressecção cirúrgica do lobo hepático direito, o diagnóstico definitivo foi através de análise anatomopatológica que evidenciou hepatoblastoma. O tratamento consistiu em retirada cirúrgica e quimioterapia adjuvante com Cisplatina. DISCUSSÃO: Os sinais e sintomas usuais do hepatoblastoma são: perda de peso, aumento da massa abdominal, dor, febre e vômitos. No USG, o hepatoblastoma apresenta-se como uma massa intra-hepática hiperecoica sólida. A persistência ou a recorrência de níveis elevados de alfa-fetoproteína é um marcador da doença e se associa à extensão do tumor. Após dois meses da ressecção cirúrgica do tumor da paciente, a AFP encontrava-se com valores normais. Os tumores do tipo fetal puro têm o prognóstico favorável quando completamente ressecados, como é o caso da paciente, cujo tipo histológico era epitelial tipo fetal puro. O tratamento do hepatoblastoma consiste em QT pré/pós-operatória com excisão cirúrgica, com sobrevida de mais de 70%. A paciente realizou excisão cirúrgica e QT pós-operatória e encontra-se sem recidiva da doença até o momento. CONCLUSÃO: O hepatoblastoma é tumor raro em pacientes acima dos cinco anos de idade, mas deve ser lembrado como diagnóstico diferencial em adolescentes e adultos com massa abdominal. O diagnóstico definitivo é através de análise anatomopatológica, mas a utilização de exame de imagem é fundamental para melhor abordagem cirúrgica. O tratamento consiste em retirada cirúrgica e quimioterapia adjuvante.

LACTOBACILLUS RHAMNOSUS COLONIZA INTESTINO DE ZEBRAFISH APÓS EXPOSIÇÃO AO ETANOL

Ana Cláudia Reis Schneider, Djuli Milene Hermes, Alice Beatriz Mombach Pinheiro Machado, Carolina Rigatti Hartmann, Afonso Luis Barth e Themis Reverbel da Silveira

INTRODUÇÃO: O zebrafish apresenta alterações comportamentais, malformações congênitas e distúrbios hepáticos após exposição ao etanol. A microbiota intestinal pode ser alterada pelo consumo de etanol sendo que o uso de probióticos pode recompô-la. O Lactobacillus rhamnosus GG (LGG), é um probiótico que possui propriedades adesivas e previne a disbiose intestinal. OBJETIVO: Verificar a colonização intestinal pelo LGG no zebrafish após exposição ao etanol. MATERIAIS E MÉTODOS: Trinta peixes adultos foram divididos em 3 grupos (n=10) e alimentados com rações específicas por 2 semanas: C – ração sem probiótico; P – ração com probiótico; PE – ração com probiótico e expostos ao etanol. As rações possuíam a mesma composição nutricional. A ração com probiótico (1%) continha do 1010 UFC de LGG liofilizado (Culturelle, Amerifit, EUA). Etanol (0,5%) foi adicionado na água do aquário PE. Após, os animais foram sacrificados e os conteúdos intestinais semeados em meio MRS, específico para lactobacilos, e incubados a 37°C por 48 h em microaerofilia. Foi realizada a técnica de Gram nas colônias que se desenvolveram. A suspensão foi submetida a lise térmica e, após, foi executada a reação de PCR com primers espécie-específicos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do HCPA. RESULTADO: As amostras do grupo C não apresentaram crescimento do LGG, porém, todas dos grupos P e PE apresentaram um significativo crescimento, mostrando que o etanol não inibiu a colonização intestinal do peixe. A presença do LGG foi confirmada por PCR. A técnica de Gram comprovou a presença de lactobacilos nas amostras dos grupos P e PE. CONCLUSÃO: O LGG coloniza o intestino do zebrafish exposto ao etanol.

PROFILAXIA PARA ÚLCERA DE ESTRESSE EM PACIENTES INTERNADOS EM CINCO UTIS PEDIÁTRICAS DE PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

Taísa E. Araújo, Sandra Maria Gonçalves Vieira e Paulo Antonacci Carvalho

OBJETIVO: Avaliar o uso de medicamentos profiláticos para úlcera de estresse (U.E) em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP). MÉTODOS: Estudo multicêntrico, prospectivo, transversal, em cinco UTIPs de Porto Alegre. Foram avaliados os prontuários de todos os pacientes internados, em dia definido aleatoriamente, no período de abril de 2006 a fevereiro de 2007. Pacientes já avaliados em visitas anteriores e aqueles com hemorragia digestiva alta na admissão foram excluídos. Foram avaliados: idade, sexo, diagnóstico na admissão, gravidade da doença, uso de medicamentos profiláticos para sangramento digestivo, medicamento de primeira escolha e justificativa do uso. RESULTADOS: Foram avaliados 398 pacientes, 57% do sexo masculino, mediana de idade de 16 meses (IQ: 4-65) e mediana de permanência em UTIP de 4 dias (IQ: 1-9). O principal motivo de internação foi doença respiratória (32,7%). Apenas uma das UTIPs tinha protocolo assistencial para uso de profilaxia para U.E. Usaram profilaxia 77,5% dos pacientes, variando de 66 a 91%. A ranitidina foi o medicamento mais empregado (84,5%), sendo a ventilação mecânica (22,3%) a justificativa mais prevalente, seguida de rotina informal do serviço (21,4%). Em 3% dos pacientes houve indícios de sangramento digestivo, nenhum clinicamente importante. CONCLUSÕES: O uso de medicamentos profiláticos para U.E foi prática frequente nas UTIP avaliadas, sendo a ranitidina a droga de escolha. Entre as indicações para profilaxia estabelecidas na literatura, a ventilação mecânica foi a indicação mais prevalente. Ressalta-se que o uso baseado em rotinas institucionais assumiu, na amostra estudada, igual prevalência.

PROFILAXIA SECUNDÁRIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS PORTADORES DE VARIZES ESOFÁGICAS

Janine Potrich, Eduardo Montagner Dias, Marina Adami, Cristina Targa Ferreira, Helena Goldani, Sandra Vieira, Carlos Oscar Kieling, Jorge Luis dos Santos e Daltro Nunes

OBJETIVO: Avaliar a evolução de pacientes pediátricos submetidos à ligadura elástica para profilaxia de ressangramento digestivo alto. MÉTODOS: Entre 2000 e 2011, 35 crianças foram submetidas à ligadura elástica após sangramento de varizes esofágicas. O programa de ligadura por endoscopia incluía sessões a cada 3 semanas até erradicação, com controles semestrais e anuais após. RESULTADOS: 22 crianças eram portadoras de hipertensão portal intra-hepática e 13 portadoras de obstrução extra-hepática da veia porta. O número médio de bandas elásticas colocadas no primeiro procedimento foi de 2,7 ± 1,1 para pacientes com hipertensão portal de causa intra-hepática e 3,7 ± 1,2 no grupo de obstrução extra-hepática. Em 24 das 35 crianças se obteve erradicação das varizes esofágicas. O tempo médio de erradicação foi de 8,6 semanas. Varizes gástricas foram diagnosticadas em 65% dos pacientes na primeira endoscopia e em igual proporção nas endoscopias após ligadura elástica. A frequência de gastropatia hipertensiva aumentou de 37% para 68%. Após erradicação, houve 4 casos de ressangramento digestivo alto, por varizes esofágicas e de cárdia. A recorrência de varizes esofágicas foi de 58% em um tempo médio de seguimento de 5 anos. CONCLUSÕES: Em pacientes pediátricos submetidos à ligadura elástica para profilaxia secundária, houve um aumento no número de casos de gastropatia hipertensiva, mas não de varizes gástricas. Após erradicação de varizes esofágicas, 16,7% apresentaram novo episódio de sangramento, embora nenhum deles fosse por varizes de fundo gástrico nem por gastropatia hipertensiva.

RN PREMATURO COM 4 EPISÓDIOS DE ENTEROCOLITE NECROSANTE: RELATO DE CASO

Paulo de Jesus Hartmann Nader, Augusta Luize Harff, Shana Segatto Vendruscolo, Alexandra Fantinel Dornelles, Ana Paula Boscato e Camila Borges Mosmann

Paciente feminina, nascida no dia 07/01/2011 de parto vaginal, bolsa íntegra, no Hospital Universitário de Canoas, apresentando: Apgar 7/8, 1275 g, 29 semanas, AIG. Permaneceu nesta instituição 135 dias, onde apresentou: septicemias com hemoculturas (HMC) positivas para Candida albicans e Pseudomonas aeruginosa; pielonefrite fúngica; enterocolite necrosante (EN) de repetição. Os episódios de EN: Episódio 1: 7 dias de vida. Rx de abdome com pneumoperitônio. Realizado laparotomia e ileostomia. Utilizado vancomicina e amicacina. Alimentada com leite materno e fórmula especial para prematuros. Episódio 2: 85 dias de vida. Rx de abdome com pneumatose, sem pneumoperitônio. HMC negativa. Utilizado vancomicina e amicacina, por 16 dias. Alimentada com hidrolisado proteico (HP). Episódio 3: 108 dias de vida. Rx abdome com pneumatose e pneumoperitônio à direita. HMC negativa. Utilizados vancomicina e meropenem por 10 dias. Alimentada com HP. Episódio 4: 134 dias de vida. Apresentou vômitos, distensão abdominal, hematêmese, equimoses, ânus protuso. Rx de abdome com pneumatose e pneumoperitônio. Utilizado vancomicina e meropenem. Alimentada com HP. A cirurgia pediátrica constatou abdome agudo, sem condições clínicas para intervenção. Evoluiu para PCR sem resposta a manobras de reanimação, tendo como desfecho o óbito. REVISÃO DE LITERATURA: A EN é uma importante causa de morbimortalidade neonatal. Atinge com maior frequência os prematuros com peso inferior a 1.500g. Causada por invasão bacteriana na parede intestinal isquêmica, que leva a sintomas como: distensão abdominal, letargia, instabilidade térmica, enterorragia, sinais de peritonite e sepse. Considerada a emergência cirúrgica mais comum no período neonatal. Pode progredir para perfuração intestinal, a qual é tratada cirurgicamente em praticamente todos os pacientes. No raio-x é frequentemente associada com presença de pneumoperitônio. O tratamento consiste em suspender a alimentação oral e administrar antibióticos de largo espectro. Em estudos, o leite materno mostrou maior correlação com menor tempo de nutrição parenteral. Sabe-se que prematuros alimentados com leite de vaca apresentam um risco seis vezes maior de desenvolver EN em relação aos que se alimentam somente com leite materno, sendo este de importante papel na prevenção e no tratamento desta patologia. A presença de alterações anatômicas e imunológicas neste prematuro pode ter sido o motivo de um número elevado de episódios de EN.

SOBREVIDA DO FÍGADO NATIVO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS APÓS PRIMEIRO EPISÓDIO DE INFECÇÃO DA ASCITE

Melina Ultz Melere, Melina Petry Souza, Carlos Oscar Kieling, Cristina Helena Targa Ferreira, Jorge Luiz Dos Santos, Sandra Maria Gonçalves Vieira

INTRODUÇÃO: Pacientes cirróticos com ascite estão em risco de desenvolver infecção do líquido de ascite como a peritonite bacteriana espontânea e suas variantes. Sendo uma complicação

grave e frequente apresenta-se com um prognóstico bastante reservado podendo progredir para uma situação incapacitante. OBJETIVO: Avaliar a sobrevida do fígado nativo em pacientes pediátricos um ano após o primeiro episódio de infecção da ascite. Morte do paciente ou transplante hepático foram considerados perda do fígado nativo. MÉTODOS: Trata-se de um estudo retrospectivo, baseado na revisão dos prontuários de 22 pacientes internados no setor de Gastroenterologia do Serviço de Pediatria do Hospital de Clinicas de Porto Alegre (RS). Todos os pacientes eram cirróticos e apresentavam ascite. O critério de inclusão para revisão de cada caso foi o desenvolvimento do primeiro episódio de infecção de ascite. RESULTADOS: Foram estudados os 22 primeiros episódios de infecção do líquido de ascite. Treze dos 22 pacientes (59,1%) eram do sexo feminino e 91%, caucasianos. A mediana da idade foi de 1,0 anos (0,3-20 anos). A atresia de vias biliares foi a principal etiologia (14/22; 63,6%) observada. Vinte pacientes foram definidos como cirróticos graves (child-Pugh, classe C). Os sinais e sintomas clínicos como febre e ascite volumosa estiveram presentes em 10 pacientes. A cultura do líquido de ascite foi positiva em 13/22 (59%), sendo Escherichia Coli (E.Coli) a bactéria mais prevalente. A sobrevida do fígado nativo foi de 68%, 29%, 25% e 10%, no período de 1, 3, 6 e 12 meses após o primeiro episódio de peritonite bacteriana espontânea (PBE), respectivamente. O transplante hepático foi realizado em seis pacientes (27,2%). De todos pacientes cirróticos, apenas dois (9,09%) não foram transplantados e estiveram com seu fígado nativo até término do estudo. CONCLUSÃO: A sobrevida total do fígado nativo após um ano do primeiro episódio de infecção do líquido de ascite foi de 10% – dois pacientes de nosso grupo.

USE OF MULTISTIX REAGENT STRIP IN DIAGNOSIS OF ASCITES INFECTION IN CIRRHOTIC CHILDREN

Sandra Maria Gonçalves Vieira, Carlos Oscar Kieling, Ursula da Silveira Matte, Cristina Helena Targa Ferreira e Themis Reverbel da Silveira

AIM: To assess the utility of reagent strip for leukocyte esterase for the diagnosis of ascites infection in children with cirrhosis and ascites. METHODS: Eighteen consecutive cirrhotic patients (10 females; median of age: 0.6 y; range: 0.2 y – 16 y) were included, and a total of 41 paracentesis were performed. The underlying aetiology of cirrhosis was biliary atresia in 13, Cryptogenic Cirrhosis in 3 , Alagille Syndrome and Viral Hepatitis B, one each. The Child-Pugh Score was C in 14/18 (77.7%) and the median of PELD Score was 19.5 (range:2-38). Diagnostic abdominal paracentesis was performed on admission, and a Multistix(Bayer Pharma) reagent strip was immersed in one ascitic sample from each patient. Readings after 120 s were either negative (negative, +) or positive (++ or +++). All ascitic fluid samples were also analyzed using cytology, neutrophils count, appropriate biochemical tests and bacterial culture. RESULTS: There were 10 cases of spontaneous bacterial peritonitis (SBP), 1 cases of secondary bacterial peritonitis (SecBP), 2 cases of bacteriascites (BA) and 28 cases of culture negative non-neutrocytic ascites (CNNNA) by means of the classical criteria. The strip were positive in 10/10 cases of SBP, 1/1 case of SecBP,1/2 cases of BA and 1/28 cases of CNNNA. In addition, 7 paracentesis performed 48 h after the diagnoses of ascites infection were tested by reagent strip. This test was positive in 7/7 of these cases despite the improvement of PMN ascites count cell CONCLUSION: Leukocyte esterase reagent strips may provide a rapid bedside diagnosis of SBP and SecBP. Caution is recommended in cases of BA and in paracentesis controls.

TRANSPLANTE HEPÁTICO ISOLADO POR FIBROSE CÍSTICA: SETE ANOS DE SEGUIMENTO

Sandra Maria Gonçalves Vieira, Carlos Oscar Kieling, Cristina Helena Targa Ferreira, Elenara Fonseca Andrade Procianoy, Maria Lúcia Zamotelli, Themis Reverbel da Silveira, Antonio Fernado de Abreu e Silva e Paulo de Tarso Dalcin

OBJETIVO: Descrever as características e a evolução de 5 pacientes portadores de FC submetidos a TH isolado (acompanhamento de até 7 anos). PACIENTES E MÉTODOS: Estudo de coorte retrospectivo. RESULTADOS: O período de acompanhamento/paciente variou de 2,10- 6,9 anos. Todos caucasianos, 80% masculinos, média de idade=14 + 3,5 anos. Três pacientes (60%) Child-Pugh B. Hipertensão porta (HP) foi a indicação de TH em todos (3/5: episódios graves de sangramento digestivo (SD); 5/5: hiperesplenismo). Média de plaquetas pré-TH= 68000 + 43514. Co-morbidades pré-TH: 1/5: Hepatite B (portador assintomático); 1/5: Diabetes Mellitus 1(DM-1). Colonização pré-TH: B cepácea(1); P aeruginosa(4). Média de volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) pré-TH: 77,4 + 17,6% do previsto. Enxertos: cadavéricos (4), doador vivo (1). Imunossupressão: corticosteroides e tacrolimus (corticosteroide até o 6º mês, em todos). Complicações precoces (até 30 dias): ascite (3/5), insuficiência renal (4/5), hiperglicemia (5/5); hidrotórax hepático (1/5). Complicações tardias: rejeição aguda (2/5), obstrução vascular (1/5), obstrução biliar (1/5), tuberculose (1), depressão (1). Três pacientes se mantiveram com função renal alterada. DM-1ocorreu em 3 pacientes. Não houve episódios de SD pós-TH e a média de plaquetas neste período foi de 126800 + 47540, sendo significativa a diferença entre os períodos (P=0,02). Colonização pós-TH: S. aureus resistente a meticilina (2). Média de VEF1 pós-TH= 48,4 + 26,6% do previsto, sendo significativa a diferença entre os períodos (P=0,0004). Houve 2 óbitos por causas pulmonares. CONCLUSÕES: A HP foi a indicação de TH em todos os pacientes. No período pós-TH, não houve episódio de SD e houve significativo incremento no número de plaquetas. Principais complicações observadas: DM-1 e declínio da função pulmonar.

INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA

A IMPORTÂNCIA DA ORIENTAÇÃO MÉDICA NA PREVENÇÃO DA TOXOPLASMOSE CONGÊNITA: RELATO DE CASO

Laura Marmitt, Ana Beatriz Ramos Wasniewski, Fernanda Mariani Cocolichio e Eleonor Gastal Lago

INTRODUÇÃO: A toxoplasmose congênita ocorre após infecção materna durante a gestação, podendo eventualmente resultar de reativação da infecção latente em mulheres imunodeprimidas. O objetivo principal do rastreamento pré-natal para a toxoplasmose é a identificação de gestantes suscetíveis à infecção aguda, possibilitando ações de prevenção primária a fim de evitar danos ao feto. OBJETIVO: Reconhecer a importância de uma orientação médica adequada às gestantes não imunes contra toxoplasmose para a prevenção da doença congênita e suas sequelas. RELATO DE CASO: Paciente masculino, nasceu por parto normal em Porto Alegre, RS, IG: 40+3, apgar 8/9, peso 3.365g. Apresentava petéquias difusas (face, membros inferiores, abdômen e dorso), esplenomegalia e microcefalia, sendo internado na UTI neonatal. Em avaliação diagnóstica, paciente apresentou sorologia positiva para infecção aguda por toxoplasma. Apresentava calcificações intracranianas esparsas com sinais de hemorragia, além de lesão oftalmológica em mácula bilateralmente. Foi iniciado tratamento

no sétimo dia de vida. Mãe realizou pré-natal adequado (8 consultas) com todas sorologias negativas em 1º trimestre de gestação. Relata não ter recebido nenhuma instrução sobre prevenção da toxoplasmose. DISCUSSÃO: O Rio Grande do Sul é um dos lugares com maiores índices de Toxoplasmose no mundo, evidenciando a necessidade de manter a população informada sobre o assunto. A prevenção primária da toxoplasmose congênita consiste em evitar a contaminação pelo Toxoplasma gondii durante a gestação. É importante que as pessoas desmitifiquem o gato como o único meio passível de adquirir a doença, compreendendo que há muitas outras maneiras de contágio. As principais formas de prevenção são a lavagem das mãos ao manipular alimentos, lavagem adequada de frutas e verduras, ingestão de carnes bem cozidas evitando embutidos, uso de luvas ao manipular terra, evitar contato com gatos, entre outras. Estudos mostram que a orientação médica é a forma mais efetiva de obter a aderência das pacientes a essas medidas de prevenção. CONCLUSÃO: Conclui-se que, diante de uma gestante com exame sorológico negativo para toxoplasmose, especialmente em áreas de alta prevalência, torna-se mandatório o médico abordar as formas de prevenção da doença. É importante instruir adequadamente a paciente acerca dos riscos da contaminação intraútero, a fim de obter uma boa aderência às medidas preventivas, evitando, assim, possíveis sequelas ao recém-nascido.

DOENÇA DE KAWASAKI E MONONUCLEOSE INFECCIOSA: RELATO DE CASO

Vanessa Valesan

INTRODUÇÃO: A Doença de Kawasaki (DK) é uma vasculite aguda multissistêmica que acomete principalmente crianças pequenas, com pico de incidência entre os 9 e 11 meses de idade. A Mononucleose Infecciosa, mais conhecida como Síndrome do Vírus Epstein-Barr, é mais prevalente em crianças maiores e adolescentes. RELATO DO CASO: Menina de 6 anos de idade, previamente hígida, com história de febre e sintomas gripais consultou no Posto de Saúde do seu município, recebendo diagnóstico de infecção de vias aéreas superiores. Após iniciar o uso de medicação sintomática apresentou rash eritematoso localizado na face e tronco. Persistiu com febre e aumento das lesões exantemáticas, necessitando de internação hospitalar. A criança evoluiu com piora do exantema e aparecimento de lesões na mucosa oral e conjuntivas e edema nas articulações. Durante a internação apresentou episódio de hipotensão arterial, recebendo reposição volumétrica. Transferida para UTI pediátrica, após piora do quadro clínico, realizou exames laboratoriais que mostravam leucocitose importante, com desvio à esquerda e aumento de marcadores inflamatórios. Investigação para exantema macular purpúrico foi iniciada. No segundo dia de internação na UTI pediátrica, apresentava-se ao exame clínico em regular estado geral, prostrada, edemaciada, estável hemodinamicamente e linfonodomegalia em região cervical. Além do exantema eritemato-purpúrico generalizado, havia descamação em dedos das mãos e dos pés, secreção em olho esquerdo, com leve hiperemia conjuntival bilateral, lesões descamativas em mucosa oral e hiperemia difusa na região da língua. Exame cardiológico e respiratório sem alterações. Baseado no quadro clínico, foi realizado o diagnóstico de Doença de Kawasaki. Solicitada avaliação cardiológica, a qual detectou no Ecocardiograma leve dilatação de coronárias, principalmente à direita. Iniciou tratamento com Gamaglobulina Humana, restrição hídrica, diurético de alça e ácido acetilsalicílico em altas doses. Após melhora do quadro clínico, antes da alta hospitalar, confirmou-se o diagnóstico de Mononucleose Infecciosa, com sorologia positiva. Segue em acompanhamento ambulatorial. CONCLUSÃO: A etiologia da Doença de Kawasaki permanece desconhecida até o momento, porém, há uma provável associação a um agente infeccioso. Esse caso mostra os achados clínicos típicos da DK associados à Mononucleose Infecciosa.

GRIPE PNEUMÓNICA A (H1N1) DE 1918 EM PORTUGAL CONTINENTAL: LIÇÕES DO PASSADO, ALERTAS NO PRESENTE E NO FUTURO

João José Cúcio Frada

INTRODUÇÃO: Grassando em Portugal, entre finais de maio e os últimos dias de novembro de 1918, esta gripe provoca uma autêntica razia demográfica. OBJETIVO: Para o estudo desta pandemia e do seu impacto, em particular sobre a população pediátrica, a par do levantamento da mortalidade gripal, definimos diversos fatores: densidade demográfica, imunidade em anos precedentes, litoralidade e interioridade, mortalidade infantil, taxas de analfabetismo, mortalidade por doença desconhecida, enterite e tuberculose, enquanto objetivos de investigação. MÉTODOS: Correlação estatística; A. F.C. RESULTADOS: Segundo os nossos cálculos, esta gripe causou 60.474 mortos. Avaliando o peso da relação e influência daqueles múltiplos fatores sobre a mort. gripal, concluímos que, à exceção da mort. por enter e tuberc, nenhum dos outros assume significado relevante para a compreensão dessa frequência, distribuição e ocorrência. Taxas elevadas de mort. por gripe, enter e tuberc aparecem sempre associadas, predominantemente, nos grupos etários dos 0-11meses;12-23m; 2-4anos; 20-29a; 30-39a; 40-49a e 50-59a. Independentemente do sexo, as taxas mais elevadas de mort/Enter associam-se sempre aos grupos etários dos 0-11m (5,81%) e 12-23m (3,75%). No 3º lugar da tabela, situa-se o grupo dos 2-4a (0,77%). Quanto a mort/Tuberc, depois do grupo dos 20-29a, com a taxa mais elevada (0,27%), situam-se os grupos dos 30-39a (0,24%); 40-49a (0,21%); 50-59a (0,15%) e 12-23m (0,14%). Na tabela de mort/Gripe, o grupo mais atingido é o dos 12-23m (2,20%). Em 2º lugar, situa-se o grupo dos 30-39a (1,67%), seguido muito de perto, em 3º lugar, pelo grupo dos 0-11m (1,64%). Em 4º lugar, o grupo dos 20-29a (1,55%). CONCLUSÕES: As taxas mais elevadas de mort. gripal centram-se exatamente nos mesmos grupos etários onde se verificam os maiores índices de mort. por enterite e tuberculose. Isto nos leva a concluir que estes últimos fatores terão favorecido a mort.pandêmica. Sabendo que as crianças dos 11-23m, de um modo geral, não se beneficiam da proteção imunitária conferida pelo leite materno, levando ainda em conta o baixo índice higiênico-sanitário das famílias onde residem (conforme se depreende pela elevada taxa de mort/enter, no mesmo grupo etário), bem como a alimentação precária a que têm acesso (a elevada taxa de mort/tuberc. em adultos e crianças é a prova disso), concluímos que tais fatores não são alheios à ocorrência e distribuição da mort.gripal entre a população pediátrica.

LEISHMANIOSE VISCERAL: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Ângela de Moura, Larissa Durães Franco de Oliveira e Sônia Domingues Lueska

INTRODUÇÃO: Com a expansão da área de abrangência e o aumento significativo do número de casos, a leishmaniose visceral, dentre as doenças tropicais, é hoje importante problema de saúde pública no Brasil. O diagnóstico clínico é complexo, pois muitos pacientes são assintomáticos, e os sinais e sintomas podem ser comuns a outras patologias nas áreas onde incide a leishmaniose. A manifestação clínica mais comum é a síndrome conhecida por Kalazar e seu período de incubação pode variar de semanas a anos. O diagnóstico necessita de testagem laboratorial específica, e o diagnóstico definitivo requer a demonstração do parasita, que pode ser feita em material de biópsia ou punção aspirativa do baço, fígado, medula óssea ou linfonodos. RELATO DE CASO: Nosso objetivo é relatar o caso de uma criança de 6 anos, procedente de zona rural do Pará, com hepatoesplenomegalia, dor abdominal,

desnutrição e linfonodomegalia generalizada em investigação há 2 anos, com tratamentos prévios para toxoplasmose e tuberculose, porém, sem diagnóstico definido. Durante os três meses de internação em hospital terciário de Porto Alegre, foram realizadas sorologias para diversas doenças infecciosas, incluindo leishmaniose, sendo todas negativas. Biópsias de medula óssea e linfonodo inguinal não evidenciaram a presença do parasita nem apontaram para outra etiologia que explicasse o quadro clínico. Realizada tomografia de abdome, com evidência de linfonodomegalias retroperitoneais e mesentéricas, além da hepatoesplenomegalia. O diagnóstico neste caso foi presuntivo. Baseou-se na associação dos dados clínicos, epidemiológicos e achado de hepatopatia reacional com fibrose perivenular e perisinusoidal difusa em biópsia hepática, sugestivos de leishmaniose visceral. Após iniciado tratamento com anfotericina B, a criança apresentou boa resposta clínica, melhora da dor abdominal, redução da circunferência abdominal e medida do baço. CONCLUSÃO: Este caso demonstra a importância do diagnóstico, mesmo na ausência do parasita, para assim orientar tratamento adequado, uma vez que a leishmaniose pode assumir formas graves e letais quando associada a quadro de desnutrição e infecção concomitante.

PARASITOSES INTESTINAIS EM CRIANÇAS DE UM BAIRRO DE UM CENTRO URBANO AO SUL DO BRASIL

Vanessa Adriana Scheeffer e Cristiano do Amaral de Leon

INTRODUÇÃO: A presença de parasitos intestinais pode trazer sérias repercussões sistêmicas. Na população pediátrica, os danos tendem a ser ainda mais graves. Devido a sua importância para a saúde pública, o presente estudo visa a descrever a prevalência de parasitoses intestinais e o perfil epidemiológico de 200 crianças de 12 a 83 meses de idade, residentes de um bairro emergente de um centro urbano ao sul do Brasil. MÉTODOS: Foi realizada pesquisa de campo, com preenchimento de questionário composto por oito questões relevantes ao tema estudado, pesagem das crianças e solicitação para realização do exame parasitológico de fezes. Os dados foram coletados no período de março de 2010 a março de 2011 e o teste de Fisher foi utilizado para a análise dos dados. RESULTADOS: Cinquenta e seis crianças realizaram o exame, sendo encontrada, dentre essas, uma prevalência de 16,1% de monoparasitismo e 1,8% de poliparasitismo. O parasita com maior positividade dentre os exames realizados foi Giardia lamblia. Não foram encontradas associações significativas entre o perfil epidemiológico da população estudada e os resultados obtidos pelo exame coprológico. CONCLUSÃO: A prevalência de parasitismo encontrada se assemelha à esperada para a população, mas é inferior a de outros estudos brasileiros. Os parasitas encontrados demonstram as precárias condições de higiene da região, sendo que fatores pessoais devem ser mais determinantes que os ambientais para a disseminação dos parasitos nesta população. O alcance da amostra alvo é essencial para correlacionar os fatores de risco desta população com a positividade de parasitose intestinal.

TOXOPLASMOSE EM RECÉM-NASCIDOS

Silvana Moura, Daiana Paz, Grasiele Mello, Karen Miotto e Gabriela Grossi

INTRODUÇÃO: A toxoplasmose é uma zoonose adquirida de numerosas espécies animais, mas tem como hospedeiro definitivo o gato. Tem ampla distribuição geográfica e a transmissão congênita pode ocorrer quando a mulher adquire a primoinfecção durante a gestação. Destes casos, 90% são assintomáticos. O parasita atinge o concepto por via transplacentária. A infecção fetal pode ser atenuada, ou prevenida, quando há tratamento materno após um diagnóstico precoce. OBJETIVOS: Descrever os danos causados pela toxoplasmose no recém-nascido e a importância do diagnóstico precoce. MÉTODOS: Revisão de literatura de banco de dados do Scielo e PubMed. Descritores: toxoplasmose, transmissão vertical, gravidade. DISCUSSÃO: A incidência da infecção depende dos hábitos alimentares, do contato com animais portadores da doença e das condições climáticas. O diagnóstico da infecção durante a gestação é importante pela gravidade das lesões. É uma das mais danosas doenças para o feto, particularmente quando a gestante adquire a infecção nos dois primeiros trimestres da gravidez. Por outro lado, a gravidade das lesões é tanto maior quanto mais precoce durante a gestação. Tem como tétrade clássica a retinocoroidite, hidrocefalia, microcefalia e calcificações intracranianas. É uma das poucas infecções que possibilita diagnóstico, prevenção e tratamento na fase pré-natal. Se a mulher está com a doença ativa, o primeiro passo é evitar que ocorra a transmissão para o feto. Para isto, a espiramicina é iniciada, independentemente da idade gestacional, e deve ser mantida até a pesquisa da infecção fetal. Depois, é preciso verificar se o feto foi ou não infectado, o que implica a coleta de material do líquido amniótico por punção para pesquisar a presença de componentes do parasita. Se o feto não foi infectado, a espiramicina deve ser mantida até o final da gravidez para que o risco seja diminuído. Se houve a contaminação, deve-se iniciar o tratamento com Sufadiazina, Pirimetamina e Ácido Folínico. Este esquema deve ser alternado com o de espiramicina isoladamente, a cada 04 semanas. CONCLUSÕES: O diagnóstico precoce de toxoplasmose na gestante é de suma importância para o rápido manejo, evitando graves danos para o recém-nascido. Para isso, são usados o teste de avidez de IgG, PCR em fluidos e, em tecidos, o exame de Western Blot.

TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV EM GESTAÇÃO GEMELAR

Nildo Eli M. D'Avila, Ana Cândida C. P. Ferreira e Luiz Fernando Tavares

INTRODUÇÃO: Apresentamos um caso de gestação gemelar dizigótica em mãe soropositiva para o HIV, no ano de 2003, sem tratamento antirretroviral durante a gestação, no qual a transmissão vertical ocorreu apenas para o segundo gemelar. OBJETIVO: Analisar os fatores que influenciam na transmissão materno-fetal do Vírus da Imunodeficiência Humana e revisar a literatura sobre o tema. COMENTÁRIOS: De acordo com a maioria das publicações sobre o tema, fica evidente a importância da via de parto e da ordem de nascimento como principais fatores determinantes para a transmissão vertical discordante entre gemelares. Entretanto, em nosso relato, encontramos como determinantes os fatores relacionados à presença de receptores para o HIV nas células da placenta e/ou do feto. Gestações gemelares permitem uma avaliação sólida sobre a influência de cada fator envolvido na transmissão vertical do HIV, sendo grande sua importância como alvo de estudos.

NEFROLOGIA PEDIÁTRICA

SÍNDROME NEFRÓTICA CONGÊNITA: RELATO DE CASO

Juliana Talita Goes, Fátima Cleonice de Souza e Claus Dieter Dummer

INTRODUÇÃO: Síndrome nefrótica congênita (SNC) é uma rara desordem renal caracterizada por intensa proteinúria, hipoalbu-

minemia, dislipidemia e edema generalizado. Diagnosticada logo após o nascimento, até três meses de idade, sendo a proteinúria grave (> 2g/m2/dia) o achado essencial para o diagnóstico. Sua etiologia está relacionada a mutações genéticas de proteínas como a nefrina, laminina e podocina, presentes na estrutura do podócito e da membrana basal glomerular. A sífilis congênita, toxoplasmose, hepatite B, HIV, rubéola e citomegalovirus, são causas secundárias de SNC. Pode levar a insuficiência renal e ao óbito. OBJETIVO: Relatar caso de SNC com o intuito de expandir o conhecimento desta patologia. RELATO DO CASO: RN, masculino, a termo, pesando 1.890g e apgar 6/9. Mãe 16 anos, primigesta, pré-natal sem intercorrências, sorologias negativas, porém com uso frequente de paracetamol por odontalgia. Admitido na UTI em grave estado geral, apresentando gastrosquise, edema cervical e palpebral importante. Realizou correção de gastrosquise em dois tempos cirúrgicos, evoluiu com piora clinica, instabilidade cardiorrespiratória e anasarca. Exames iniciais mostraram proteinúria elevada,com índice proteinúria/creatinúria (IPC) de 2.9, hipoalbuminemia (2.2 mg/dl), dislipidemia (colesterol total 251 mg/dl), sugerindo quadro nefrótico. Submetido a ventilação mecânica e apesar da infusão de antibióticos, albumina, plasma e diuréticos, persistiu com anasarca. Descartado infecção congênita. A ecografia mostrou derrame pleural, ascite e rins com aumento da ecogenicidade. Implementou-se suporte nutricional, terapia com corticoide e inibidores da enzima conversora de angiotensina, porém, seguiu com edema generalizado, evoluindo com piora laboratorial (IPC 3,38). Estabelecido o diagnóstico de SNC, refrataria ao tratamento. Paciente seguiu com piora clínica, evoluindo para óbito com 51 dias de vida. CONCLUSÃO: A SNC é uma enfermidade de difícil manejo terapêutico. Nos últimos anos, houve um melhor entendimento de das bases moleculares e genéticas da SNC. Ênfase ao emprego de medicamentos antiproteinúricos e suporte nutricional são fundamentais, possibilitando postergar o início do tratamento dialítico ou transplante renal. O déficit de desenvolvimento e as infecções bacterianas são complicações frequentes. A possibilidade de nefrectomia unilateral deve ser considerada na tentativa de reduzir a proteinúria.

NEONATOLOGIA

APLASIA CUTÂNEA CONGÊNITA

Adriana Souza dos Santos, Caroline Souza Sônego, Raquel Dutra Furtado, Patricia Parada Freitas e Nalú Costa

INTRODUÇÃO: A aplasia cutânea congênita é um defeito raro, caracterizado por lesões que vão da ausência da epiderme e derme até a falta de tecido subcutâneo e estruturas ósseas. Ocorre na proporção de 1:10.000 nascimentos. É de etiologia desconhecida, mas sua ocorrência tem sido associada a anormalidades vasculares intrauterinas, aderência amniótica, infecções virais, fatores hereditários e teratogenia. Ocorre isoladamente ou associada a outras malformações. RELATO DE CASO: RN único, vivo, feminino, nascido de parto normal em 20/02/2011, cefálico, peso ao nascimento 2.615g, 36 semanas de gestação. Sem história familiar de malformações. Mãe nega ter feito uso de medicamentos durante a gestação. Ao nascimento, apresentava solução de continuidade em MIE recoberta por fina membrana. Em coluna lombar apresentava sinus dérmico. À ausculta cardíaca, verificou-se presença de sopro sistólico. A paciente foi avaliada por neurologista e traumatologista, sendo submetida a exames de imagem e laboratoriais a fim de identificar outras possíveis anormalidades. Ao realizar ecocardiograma evidenciou-se forame oval patente, justificando o sopro cardíaco. Dia 21/02/2011 foi submetida a procedimento cirúrgico que visou à correção da lesão de MIE com aproximação das bordas e exérese do sinus dérmico junto à dura-máter. No pós-operatório, foi realizada profilaxia com ampicilina 300mg/Kg/dia de 12/12h e gentamicina 4 mg/kg/dia 24/24 h por 10 dias. Paciente evoluiu sem complicações. Recebeu alta hospitalar ao término da antibioticoterapia, sendo encaminhada para acompanhamento ambulatorial. DISCUSSÃO: A aplasia cutânea congênita apresenta-se mais frequentemente como lesão aplásica em couro cabeludo, na linha média, podendo haver ausência de dura-máter. O diagnóstico é predominantemente clínico pela presença de lesão ulcerada característica ou pela presença de lesão cicatricial atrófica com ausência de anexos cutâneos. Pode manifestar-se como lesões únicas ou múltiplas, geralmente com acometimento de pequenas áreas. O tratamento pode ser conservador, visto que a maioria das lesões fecham espontaneamente, se não forem muito extensas. O tratamento cirúrgico é reservado para casos mais graves nos quais podem ocorrer deformidades e comprometimento funcional.

EFEITOS DO USO MATERNO DA PRINCIPAL CLASSE DE ANTIDEPRESSIVOS SOBRE O FETO E O RECÉM- NASCIDO

Ilson Enk, Flavia Lopes Enk, Korine Camargo de Oliveira, Mauricio Rizzi Macagnan, Pedro Henrique Lopes e Bruno Eltz da Silva

INTRODUÇÃO: A depressão constitui a principal doença psiquiátrica da população, associada a morbidade e impacto social preocupantes. O sexo feminino é mais predisposto a quadros depressivos, sendo que na gravidez e puerpério imediato, este diagnóstico atinge cerca de 10% das mulheres. Todos os medicamentos administrados a uma grávida exigem rigorosa avaliação de riscos para o feto. A avaliação da segurança no seu uso na gestação é importante, porém, não se pode desconhecer que transtornos psiquiátricos não tratados, especialmente depressivos, são relacionados a maior mortalidade materna e riscos de abortamentos, pré-eclâmpsia e prematuridade. A classe de antidepressivos mais prescrita para depressões moderadas e graves de gestantes é a dos inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS), sendo fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina e venlafaxina seus principais representantes. OBJETIVOS: Revisar os principais efeitos teratogênicos dos ISRS. Apontar complicações neonatais pelo uso do antidepressivo no terceiro trimestre de gestação. Mencionar possíveis repercussões futuras neurodesenvolvimentais atribuídas ao uso de drogas psicotrópicas na gestação. MÉTODOS: Realizada uma revisão de literatura, através do PubMed, RIMA e outros sítios de pesquisa médica. RESULTADOS: Os ISRS são relacionados, sem consenso de literatura, com: malformações, especialmente defeitos septais cardíacos, prematuridade, baixo peso ao nascer, mortalidade do concepto, asfixia perinatal e mais admissões em UTI Neonatal. Síndrome comportamental neonatal e hipertensão pulmonar persistente do RN são complicações neonatais descritas em algumas publicações, resultantes do uso das medicações no terceiro trimestre de gestação. Meta-análise recente relatou maior incidência de abortamento espontâneo em mães que receberam ISRS no início da gestação. O trabalho não encontrou risco aumentado para malformações no concepto. Não há registro de mortes neonatais atribuídas ao uso materno destes antidepressivos nem prejuízos neurocomportamentais. CONCLUSÕES: Sabendo que são bem conhecidas as complicações dos transtornos depressivos não tratados da gestação, tanto para a mãe como para o feto e o neonato, a decisão do uso dos ISRS pode ser mandatória. A escolha do fármaco e a duração do tratamento devem ser avaliadas, tendo em vista os possíveis efeitos teratogênicos, os desfechos neonatais não desejados e efeitos neurodesenvolvimentais, ainda que não definitivamente comprovados.

MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS NO SUL DO BRASIL: ESTUDO DE CASO-CONTROLE EM CENTRO DE REFERÊNCIA

Laura Teixeira Canti, Malu Viter da Rosa Barbosa, Maitê B. Jotz, Lucia Pellanda e Liana Lisboa Fernandez

INTRODUÇÃO: As anomalias congênitas são umas das principais causas de morbimortalidade infantil, acometem cerca de 3 a 5% dos neonatos no mundo. Nosso objetivo é identificar a incidência e fatores associados às malformações congênitas (MFC) em recém-nascidos na maternidade do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre. MÉTODOS: Estudo do tipo caso-controle retrospectivo. Os dados utilizados foram obtidos entre janeiro de 2004 e dezembro de 2006, a partir do banco de dados do Estudo Colaborativo Latino-Americano de Malformações Congênitas (ECLAMC). RESULTADOS: Dos 10.360 nascimentos registrados nesse período, o percentual de malformados foi de 3,3%. Entre as malformações, 24,1% eram de face e pescoço, 20,8% de membros, 14,9% feto morto,11,5% de tórax e abdome, 8,4% de SNC, 7,8% de pele, 6,4% de trato genitourinário, 4% de síndromes cromossômicas, 2% outras malformações. As variáveis peso ao nascimento, peso placentário, idade gestacional e história familiar de malformações apresentaram associação significativa com malformações ($p < 0,001$). Constatou-se, ainda, uma maior frequência de sangramento gestacional nos casos do que nos controles ($p = 0,017$). Idades materna e paterna demonstraram valores limítrofes ($p = 0,074$ e $0,0569$, respectivamente). Os demais fatores (número de gestações, número de abortos prévios, gemelaridade e consanguinidade na família) não apresentaram associação significativa. CONCLUSÃO: O conhecimento sobre os fatores locais é fundamental para o planejamento adequado do atendimento ao recém-nascido, principalmente considerando o fato de que o Rio Grande do Sul tem a menor mortalidade infantil do Brasil. Nestes casos, cresce o impacto de medidas direcionadas ao atendimento de MFC.

RELATO DE CASO: ENCEFALOPATA HIPÓXICO-ISQUÊMICA INTRAÚTERO

Fabiani Waechter Renner, Cristiano Firpo Freire, Rafael Luiz Doncatto e Vilmar Fontanive Júnior

INTRODUÇÃO: A lesão cerebral hipóxico-isquêmica é a consequência mais importante da asfixia perinatal. A asfixia a termo quase sempre é evento intrauterino e ocorre hipóxia e isquemia juntas, e o resultado é a encefalopatia hipóxico isquêmica (EHI). O insulto isquêmico age sobre um SNC imaturo e manifesta sinais clínicos de disfunção cerebral. RELATO DE CASO: A.K.M., 1 ano, B,M, parto cesáreo, 39 semanas, mãe com história de diabetes gestacional nas ultimas 3 semanas de gestação e ITU nas últimas 72 horas com tratamento. Peso de nascimento: 5.015kg, altura 51cm, GIG, PC: 36cm, apgar 8/8, líquido amniótico meconial. Aspirado em sala de parto, exame físico normal, adotadas condutas de rotina e exames. Foi admitido em UTI neonatal para monitoração e por apresentar gemência após o nascimento. Realizado RX de tórax que evidenciou focos de consolidação bilaterais sugestivos de aspiração meconial. Foi instaurada terapia para sepse neonatal precoce com ampicilina + gentamicina por 10 dias. No decorrer da internação ocorreram pausas respiratórias com queda de saturação, e no 10º dia de internação foi solicitada avaliação neurológica por iniciar com episódios de nistagmo. Foram solicitadas sorologias e avaliação neurológica. As sorologias foram negativas, e o EEG evidenciou atividade de base de baixa amplitude e pouco reativo, com surtos breves de ondas theta lateralizadas na região frontal direita que pode corresponder à atividade irritativa. Realizada TC de crânio com extensas áreas hipodensas bitemporais sugestivas de lesão hipóxico-isquemica com algumas áreas de leucomalácia. Iniciou terapia com Topiramato e Fenobarbital, recebendo alta. DISCUSSÃO: No período fetal, um déficit de oxigenação desencadeia um mecanismo anaeróbio que transforma a glicose em ácido pirúvico; se continuar o déficit de oxigenação, as moléculas se transformarão em ácido láctico e diversos outros eventos metabólicos precipitarão reações de defesa que, se não revertidas, representarão novas fontes de lesões. A leucomalácia encontrada na TC representa uma necrose da substância branca periventricular, ocorrendo próximo aos ângulos externos dos ventrículos laterais, envolve o centro semioval e as radiações acústicas, na fronteira dos territórios superficiais e profundos das artérias cerebrais médias. A RM demonstra-se como um exame de maior sensibilidade para detecção de lesões em comparação com o ultrassom.

TRIAGEM NEONATAL NO PERÍODO PRECONIZADO: EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE PORTO ALEGRE

Vanessa Devens Trindade, Luís Felipe Pedroso Lopes, Francine de Bem e Canto, Thaiane Terra Siqueira, Gisele De Césaro Schafirowitz e Guilherme Coelho Dantas

INTRODUÇÃO: O teste do pezinho é um exame de extrema importância em saúde pública, pois diagnostica precocemente doenças que podem levar a sequelas irreversíveis. Buscamos avaliar o número de testes e se estes foram realizados no período correto em uma Unidade de Saúde da Família (USF). OBJETIVOS: Avaliar o número de testes e o período em que foram realizados nos recém-nascidos acompanhados por uma USF em 2010. Buscou-se também identificar se havia relação entre um teste colhido tardiamente e o número de consultas realizadas pelas mães no pré-natal. MÉTODOS: Estudo retrospectivo. A equipe registra todas as gestantes que realizam o pré-natal no serviço assim como são catalogados todos os dados dos bebês submetidos ao exame de triagem neonatal. Os dados foram retirados destes registros. RESULTADOS: No ano de 2010, foram realizados 52 testes do pezinho na USF. Destes, 32 (61,5%) foram coletados no período preconizado (do 3º ao 7º dia de vida) e 20 (38,4%) após. Dos 52 recém nascidos, 37 (71,1%) mães haviam realizado o pré-natal nesta unidade. Destas, 24 levaram os bebês no período adequado, sendo que 15 delas realizaram o mínimo de 6 consultas de pré-natal (63%) e das 13 mães que atrasaram a coleta do teste, apenas 3 haviam realizado o número preconizado de consultas de pré natal (23%). DISCUSSÃO: O Programa Nacional de Triagem Neonatal realiza, desde 2001, um rastreio das seguintes patologias: fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, fibrose cística, anemia falciforme e outras hemoglobinopatias. A importância da realização do teste nos primeiros dias de vida consiste em evitar os possíveis desfechos desfavoráveis das doenças que ele rastreia. A partir dos resultados encontrados foi possível concluir que aproximadamente 40 % dos testes foram coletados após o período preconizado. Além deste dado, apenas 23% das mães que atrasaram a coleta do teste de seus filhos possuíam um pré-natal completo. Estes dados sugerem que um pré-natal inadequado pode dificultar a adesão das mães no teste do pezinho e também diminuir o número de oportunidades de abordar estes temas com as mães. CONCLUSÃO: Este estudo reforça a preocupação da Equipe em melhorar a qualidade do pré-natal, assim como diversificar a abordagem para que as mães venham a melhorar a aderência às orientações recebidas.

NEUROLOGIA PEDIÁTRICA

DISTÚRBIOS DO SONO EM CRIANÇAS COM EPILEPSIA

Bruna Finato Baggio, Diego Ustárroz Cantali e Rodolfo Alex Teles

INTRODUÇÃO: A prevalência de distúrbios do sono em crianças com epilepsia é sub-reconhecida. Em geral, crianças com epilepsia vivenciam alterações no total de sono, a arquitetura do sono, latência do sono e despertares espontâneos, com uma maior incidência de fragmentação do sono, sonolência diurna. OBJETIVOS: O objetivo deste estudo é realizar breve atualização sobre a relação entre distúrbios do sono em crianças com epilepsia. MÉTODOS: O texto foi baseado em artigos e livros clássicos da literatura e em pesquisa na Medline e PubMed (publicações entre os anos 2002 e 2010), utilizando os descritores: sleep disorders, children, epilepsy. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Distúrbios do sono são queixas frequentes em pacientes com epilepsia. A gravidade da síndrome epiléptica e o grau de comprometimento neurológico prévio podem estar associados a alterações na arquitetura do sono de pacientes com epilepsia. Crianças com epilepsia têm uma incidência aumentada de alterações nos hábitos de sono em comparação com crianças sem epilepsia. Além disso, ataques noturnos, politerapia, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, epilepsia refratária e convulsões generalizadas são associados com maus hábitos de sono. Estudos dos distúrbios do sono em crianças com epilepsia são escassos, no entanto, esta população é considerada por obter a maior incidência de associação entre essas duas comorbidades. CONCLUSÃO: Epilepsia e distúrbios do sono influenciam um ao outro. Tanto um quanto o outro causam prejuízos na vida das crianças. O questionamento sobre distúrbios do sono em crianças com epilepsia deve fazer parte da rotina pediátrica. É importante o correto diagnóstico e o tratamento dessas duas patologias, visando melhor qualidade de vida para os pacientes e familiares.

ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSÍVEL: RELATO DE CASO

Maigrei Dani Ferrari e Margareth Rodrigues Salerno

INTRODUÇÃO: A encefalopatia posterior reversível é uma síndrome aguda de diversas causas. A maioria dos pacientes apresenta elevação acentuada dos níveis tensionais. Os sintomas são progressivos e compreendem cefaleia, diminuição do nível de consciência, crises convulsivas e distúrbios visuais. A sintomatologia regride completamente se corrigidas, em tempo as causas determinantes, caso contrário, podem instalar-se danos irreversíveis. Exames de imagem, como tomografia (TC) e ressonância nuclear magnética (RNM), contribuem para o diagnóstico. RELATO DE CASO: J.M.O., 5 anos, feminina. Interna na UTI pediátrica do Hospital São Lucas da PUCRS, por crise convulsiva prolongada e pico hipertensivo. Ao exame da chegada BEG, com movimentação e abertura ocular espontânea, emitindo sons inteligíveis, afebril, lesões impetiginosas em MMII e PA=180x120mmHg. Realizado anti-hipertensivo, coletados exames, iniciado oxacilina e realizada avaliação neurológica. Neurologia solicita EEG, TC de crânio, coletado líquor, todos os resultados sem alterações, paciente mantida em observação. Criança apresentou episódios de flutuação do sensório, reavaliado pela neurologia, que levanta hipótese diagnóstica de PRES (Síndrome da Encefalopatia Posterior Reversível) ou encefalite. Iniciado aciclovir empiricamente, coletado sorologias para STORCH (sem alterações), pesquisa de Herpes, Citomegalovírus e Epstein-Barr negativos no líquor. Realizado RNM de crânio que demonstrou edema de substância branca em região occipital, confirmando o diagnóstico de PRES. Paciente evolui bem, recebe alta hospitalar em BEG, assintomática, mantendo acompanhamento ambulatorial para definir etiologia do quadro clínico. RNM de controle, após 2 meses do quadro, sem alterações. DISCUSSÃO: A encefalopatia posterior reversível geralmente está associada a encefalopatia hipertensiva, eclâmpsia, neurotoxicidade, uso de ciclosporina-A, púrpura de Henoch-Shonlein, leucemia linfoblástica aguda, entre outras. A fisiopatologia é complexa, porém, sugere uma reação exagerada da autorregulação vascular cerebral, resultando em vasoespasmos reversíveis. A síndrome é marcada por cefaleia, alterações visuais, comportamentais e crises convulsivas, sendo os exames de imagem as grandes ferramentas para o auxílio diagnóstico.

ESPINHA BÍFIDA CONGÊNITA: PREVALÊNCIA E ÓBITOS EM PORTO ALEGRE

Grasiele Mello, Gabriela Grossi, Silvana Moura, Daiana Paz e Karen Miotto

INTRODUÇÃO: As malformações congênitas (MC) pesam de modo considerável nas estatísticas de morbidade e mortalidade perinatais. No Rio Grande do Sul, as MC são a segunda causa de morte em crianças com menos de um ano de vida, respondendo por cerca de 21% da mortalidade (1). A espinha bífida é uma MC em que há falha na fusão dos arcos das vértebras, tipicamente na região lombar. Esse defeito ocorre em consequência da associação de fatores genéticos e ambientais. Muitas causas têm sido propostas apontando esta relação, tais como deficiência de folato, diabetes materna, deficiência de zinco e ingestão de álcool durante os três primeiros meses de gravidez (2). MÉTODOS: Este é um estudo descritivo realizado a partir de análise dos dados sobre a prevalência de internações e óbitos por espinha bífida contidos na base de dados do site do Departamento de Informática do SUS – DATASUS (www.datasus.gov.br). Os dados foram retirados do painel "morbidade hospitalar do SUS, por local de internação". A população estudada foi a de pacientes menores de um ano de idade, nascidos na região metropolitana de Porto Alegre, durante o período de 1998 a 2007. RESULTADOS: Houve um total de 243 casos de espinha bífida registrados neste período. Destes, 120 eram do sexo masculino e 123 do sexo feminino. O total de óbitos foi de 13 casos (05 do sexo masculino e 08 do sexo feminino). DISCUSSÃO: A espinha bífida é uma patologia que representa uma alta incidência entre as malformações congênitas. Neste estudo houve um elevado numero de casos em relação ao período. A falta de planejamento pré-natal, cuidados durante o período gestacional, bem como fatores genéticos podem ser apontados como principais causas. Houve um predomínio da incidência no sexo feminino, que apontou, também, os casos de maior gravidade. A explicação para esse fenômeno tem sido associada ao fato de que, para o fechamento do tubo neural, o feto feminino necessita maior quantidade de gonadotrofina coriônica humana que o feto masculino e alguma deficiência da função deste hormônio pode aumentar o risco para esse tipo de malformação (3). CONCLUSÃO: Este estudo mostra altas taxas de EBC na população de Porto Alegre durante o período estudado. Isso pode dever-se às deficientes políticas de saúde voltadas aos cuidados de pré-natal.

ESTUDO DE CASO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TRANSTORNO DE HUMOR EM PACIENTE COM SÍNDROME DE HUNTER

Vinicius Costa da Rosa, Clarissa Gutierrez Carvalho, Socrates Salvador e Roberto Giugliani

OBJETIVO: Relatar o caso de um paciente com Síndrome de Hunter, com possível diagnóstico de Transtorno de Humor Bipolar, buscando mostrar comorbidades cognitivas em pacientes diagnosticados com MPS tipo II e a importância de um diagnóstico precoce para o devido tratamento de transtornos psiquiátricos. DESCRIÇÃO DO CASO: Paciente do sexo masculino, com 6 anos de idade, cor parda, natural e procedente de São Paulo. Segundo filho de pais sadios e não consanguíneos. Nasceu de parto normal em hospital, com marcos de desenvolvimento adequados até 1 ano, múltiplas internações nos primeiros anos de vida devido a quadros respiratórios infecciosos. Aos 3 anos, iniciada avaliação com geneticista do Hospital São Paulo, sendo firmado o diagnóstico de síndrome de Hunter com 4 anos. Em maio de 2010 veio para Porto Alegre para iniciar o tratamento com terapia de reposição enzimática no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Referida bastante agitação, inquietação e humor flutuante – o paciente alternava dias em que estava menos impulsivo e mais obediente com dias que estava bastante agressivo, agitado, com descontrole do apetite. Iniciado então tratamento com ácido valproico e risperidona, com melhor controle dos sintomas impulsivos e da agitação. COMENTÁRIO: O relato atual busca apresentar um diagnóstico diferencial em pacientes com Síndrome de Hunter, focando uma identificação precoce de possíveis comorbidades neurológicas. Há poucos estudos sobre transtornos do humor em doenças lisossomais, a maioria em adultos e adolescentes, e muitas vezes os sintomas são subtratados por serem atribuídos somente à doença de base. Evidenciando um transtorno de humor bipolar, houve a possibilidade de uma intervenção apropriada dentro das necessidades do paciente.

LEUCOMALÁCIA PERIVENTRICULAR E AS SEQUELAS NO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR

Ruth Ellen Blau Grimm, Suzanne Marie Blau Grimm, Liz Lopes Sombrio, Richard Khan e Márcia Menezes Gomes da Silva

INTRODUÇÃO: A Leucomalácia Periventricular é uma lesão de maior incidência em prematuros. Caracterizada por necrose multifocal na substância branca, é uma importante causa de paralisia cerebral, relacionando-se ao retardo no desenvolvimento neuropsicomotor. Normalmente, inicia-se no período neonatal, podendo acarretar danos clínicos importantes. RELATO DE CASO: L.B., 7 meses, feminino. Paciente prematura, 32 semanas, 1,830 Kg, com PC de 29 cm, Apgar 8/8. Parto vaginal com bolsa rota 1h antes. G4, A3, pré-natal com sorologias negativas. Necessitou O2 em campânula por 81 min com piora de padrão ventilatório, sendo entubada e tranferida à UTI, repetindo apneias. Na UTI desde o nascimento até o 20º dia. Aos 2 meses, retorna à UTI apresentando 4 apneias e 2 PCR, uma de 30 e outra de 10 min. Juntamente com crises convulsivas, não repetidas após ser hidantalizada. Aos 5 meses, PC de 35 cm, sem fixação de olhar, sem reação a estímulos auditivos, sem sustendo cefálico e com hipertonia espática em 4 membros. Aos 7 meses PC 38 cm, não senta com apoio e não apresenta sustento cefálico. Ecografia Transfontanelar com parênquima cerebral arquitetural em aspecto de múltiplos cistos, sugestivo de Leucomalácia Periventricular Multicística. Tomografia com hiperdensidades na substância branca periventricular e lombar, principalmente na região frontal direita, compatível com sequela de insulto hipóxico isquêmico. OBJETIVO: Discutir as principais características da Leucomalácia Periventricular e abordar as possíveis sequelas neurológicas desse evento. DISCUSSÃO: A Leucomalácia é uma importante causa de paralisia cerebral e deficiência mental. Para FONSECA (2002, 264) "As lesões podem variar de pequenas áreas de gliose e de redução da mielina, restritas a região periventricular, até sítios extensos de leucomalácia subcortical, às vezes com aparência de encefalopatia multicística." As evidências na tomografia revelam que houve dificuldades no seu desenvolvimento neuropsicomotor desde o nascimento, as quais estão se perpetuando ao longo de sua vida. E esses eventos relacionam-se ao insulto isquêmico sofrido pela RN. Ao nascimento, há a presença dos reflexos próprios do RN, os quais tendem a desaparecem no decorrer do desenvolvimento, grande parte extinguindo-se aos 2 meses. Também é encontrada a hipertonia de flexão em 4 membros que passa a ser hipotonia aos 2 meses e persiste dessa forma até 8 a 10 meses. Na paciente em questão, a hipertonia persiste até o momento, tendo a paciente 7 meses.

MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA ROTA ASSOCIADA A NEUROCISTICERCOSE EM ADOLESCENTE: RELATO DE CASO

Elton Ferreira de Almeida Férrer, Hanna Freire de Oliveira, Ronei Leite Férrer, José Nivon Silva e Elton Luis Martins Torres

INTRODUÇÃO: Trata-se do relato de um caso raro de AVE hemorrágico decorrente de uma malformação arteriovenosa (MAV) associada a neurocisticercose, que foi encontrada, casualmente, em TC sem contraste. RELATO DO CASO: Paciente masculino, 15 anos, pardo, foi admitido em hospital terciário de Fortaleza com rebaixamento do nível de consciência e hemiplegia direita. Na admissão, paciente apresentou episódio de síncope precedido de turvação visual, sudorese, parestesia e paresia progressiva em dimidio direito associado a vômitos em jato. Há 1 ano, passou a apresentar cefaleia frequente e intensa (2 vezes/semana), que nem sempre aliviava após uso de analgésicos. Ao exame físico, apresentava-se febril (39ºC), anictérico, acianótico, hidratado, com rebaixamento do nível de consciência, pupilas isocóricas, paresia e parestesia em dimídio direito 2+/4+ (MS>MI). Glasgow: 13 (AO: 3 / RV: 4 / RM: 6). FC de 55 bpm; PA de 110 x 70 mmHg. Achados laboratorias: leucocitose (1,73x103µl) com predomínio de neutrófilos; aneosinofilia (0), glicose (114mg/dL); TGO, TGP, Na+ e K+: normais; TAP (1,14) e TPTA (0,93): normais. A TC sem contraste evidenciou extenso hematoma intraparenquimatoso, em substância branca, e extravasamento de sangue para espaço subaracnoideo, além da presença de vesículas com escólex no parênquima cerebral compatível com neurocisticercose em fase aguda vesicular. Inicialmente, prescreveu-se Tramal, Manitol, Dexametasona e Dipirona. Fez-se albendazol associado a dexametasona por 21 dias e fisioterapia para reabilitação motora até a alta hospitalar. Depois o paciente foi submetido a embolização, que resolucionou 96% da MAV. Então, necessitou de ressecção cirúrgica, que ocorreu sem intercorrências. Houve recuperação progressiva dos déficits motores, recebendo alta em aproximadamente dois meses de internação, sendo prescrito hidantal para profilaxia de eventos convulsivos. CONCLUSÃO: Este trabalho evidencia a importância de se investigar melhor a etiologia de cefaleias em pacientes jovens e, em caso de AVE hemorrágico, suspeitar de malformação arteriovenosa e neurocisticercose como possíveis etiologias. Então, deve-se atentar para a necessidade do diagnóstico precoce tanto de MAV, quanto de neurocisticercose, a fim de evitar suas complicações.

MIGRÂNEA NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA

Diego Ustárroz Cantali, Bruna Finato Baggio e Rodolfo Alex Teles

INTRODUÇÃO: Cefaleia é uma queixa comum em pediatria, sendo a Migrânea uma de suas etiologias. Ela é um distúrbio neurológico crônico, caracterizado por cefaleia e outros sintomas associados. Contudo, a migrânea pediátrica continua subdiagnosticada e subtratada [1, 2]. OBJETIVOS: Apresentar breve atualização so-

bre avaliação e tratamento da migrânea na pediatria. MATERIAIS E MÉTODOS: Realizou-se revisão sobre a migrânea na infância. O texto foi baseado em artigos pesquisados no PubMed (publicações entre 2003 e 2011) utilizando os termos migraine e headache in childhood. RESULTADOS: A Migrânea é classificada pelo International Classification of Headache Disorders (ICHD-II) e está disponível on-line. As três principais classificações são migrânea sem aura, migrânea com aura e síndromes periódicas da infância que são comumente precursores de migrânea, respectivamente [2, 3]. O tratamento consiste em alterações comportamentais e medidas farmacológicas, com o objetivo principal de melhorar a qualidade de vida do paciente. Entre as principais orientações encontram-se sono regular, exercícios e diminuição da ingesta de cafeína. Os fármacos de escolha são ibuprofeno, acetaminofeno e sumatriptano spray-nasal [2, 4]. O Pediatric Migraine Disability Assessment (PedMIDAS) é um questionário que pode ser utilizado para identificar o impacto da migrânea e a resposta ao tratamento no paciente pediátrico [1, 5]. CONCLUSÃO: Migrânea é um distúrbio comum na faixa pediátrica. Infelizmente, ela continua sendo subdiagnosticada e subtratada, necessitando de maior atenção de pediatras e neurologistas. O tratamento correto é fundamental para uma melhor qualidade de vida do paciente e seus familiares.

REALIDADE VIRTUAL NA NEURORREABILITAÇÃO PEDIÁTRICA

Bruna Finato Baggio e Rodolfo Alex Teles

INTRODUÇÃO: A realidade virtual (RV) tem ganhando grande espaço como tratamento complementar para pacientes com patologias neurológicas. A RV é uma simulação do mundo real, usando computação gráfica. As características principais de um programa de RV ou aplicativo incluem interação e imersão [1]. OBJETIVOS: Apresentar a evidência científica da realidade virtual como possível tratamento para crianças com patologias neurológicas. MÉTODOS: Realizou-se uma busca na base de dados Medline utilizando os descritores: virtual reality, Pediatric Neurorehabilitation. Foram incluídos na revisão os artigos mais relevantes. RESULTADO E DISCUSSÃO: A RV oferece uma correspondência em três dimensões espaciais entre o grau de movimento no mundo real e do grau do movimento observado na tela do computador. Tal representação espacial permite um feedback visual relativo ao conhecimento do desempenho e orientação, que são cruciais para a aprendizagem motora em crianças [2]. O realismo do ambiente simulado através da RV permite que a criança adquira e reproduza habilidades importantes, tais como vencer um obstáculo, em um ambiente seguro. Esta exposição aumenta a probabilidade de que essas competências que são adquiridas através da RV sejam reproduzidas no seu cotidiano. Embora uma quantidade significativa de trabalho tenha sido feita nesta área, com resultados promissores, as características relevantes destes sistemas e a quantificação do seu impacto sobre a recuperação ainda não estão claramente compreendidas [3]. CONCLUSÃO: A RV até o momento é utilizada como forma de tratamento complementar, pois os estudos científicos ainda não são claros na real efetividade desta ferramenta na recuperação motora. São necessários mais estudos nesta área para que se possa confirmar a real aplicabilidade desta proposta.

RELATO DE CASO: MALFORMAÇÃO DE ARNOLD CHIARI TIPO II

Fabiani Waechter Renner, Jessica Alessio Gottfried, Raquel Oliveira Corbelini, Maitícia Fernandes Hoppe, Caroline Ronsoni Schneider e Cristiane Jardim Trevisan

INTROUÇÃO: A malformação de Arnold-Chiari tipo II é a mais comum, sendo caracterizada por hidrocefalia progressiva e meningomielocele, estando associada a outras anomalias do sistema nervoso central e comorbidades de diversos órgãos. RELATO DE CASO: V.L.V., masculino, 3 anos, branco, natural de Santa Cruz do Sul, nasceu por parto cesáreo, PN 3.800g , alt 52 cm, PC 50 cm, Apgar 7/9, não foi amamentado ao seio materno. Mãe fez pré-natal sem intercorrências, porém, não fez uso de ácido fólico. Apresentou o diagnóstico de hidrocefalia e meningomielocele lombossacra rota. Foram realizadas cirurgias de: correção da meningomielocele rota, de prolapso retal e colocação de derivação ventrículo-peritoneal (DVP). No decorrer de seu crescimento (AOS 2 anos de vida) foi necessário realizar gastrostomia devido sua dificuldade na deglutição e pneumonias aspirativas de repetição. Apresentou várias internações por crises convulsivas, sepse, meningite, pneumonias aspirativas e cistites, muitas vezes, sendo necessário troca da DVP. DISCUSSÃO: A meningomielocele representa a mais grave das formas de disrafismo envolvendo a coluna vertebral. Apresenta incidência de aproximadamente 1/4.000 nascidos vivos e produz disfunção de muitos órgãos e estruturas, inclusive esqueleto, pele e trato genito-urinário, além do sistema nervoso parassimpático e sistema nervoso central. Em associação com a meningomielocele descreve-se a síndrome de Chiari II (ou Arnold-Chiari), a qual se associa com a meningomielocele em todos os casos e, essencialmente, nunca ocorre na sua ausência. Esta malformação deve-se à herniação caudal do bulbo e das amígdalas cerebelares através do forame magno. Menos de 20% das malformações de Chiari II produzem sintomas e, quando o fazem, geralmente ocorrem antes dos 3 meses de idade. A hidrocefalia em associação com um defeito Chiari tipo II desenvolve-se em pelo menos 80% dos pacientes com meningomielocele. Não é infrequente que os lactentes com hidrocefalia e Chiari tipo II desenvolvam sintomas de disfunção do rombencéfalo, inclusive dificuldade de alimentação, engasgos, estridor, apneia, paralisia das pregas vocais, acúmulo de secreções e espasticidade dos membros superiores que, se não tratados, podem levar ao óbito. Crianças com meningomielocele tratadas agressivamente apresentam mortalidade de aproximadamente 10-15%, e a maioria dos óbitos ocorre antes dos quatro anos de idade.

RELATO DE CASO: PROJETO ANEMIA-APRENDER BRINCANDO ESF MALAFAIA

Denise Isabel Zandoná e Mirta Pires Chaves

INTRODUÇÃO: A ferropenia é a deficiência nutricional mais comum no mundo. Estima-se que cerca de 2,15 bilhões de pessoas no mundo sejam anêmicas por deficiência de ferro (OMS), tornando este um problema de saúde pública. A prevalência global de anemia em menores de 5 anos é de 47,4%. No Brasil, estudos estimam que as prevalências variam de 30-70%. Segundo dados observados pelo "Projeto criança sem anemia no Rio Grande do Sul" (2005) a anemia está presente em 42,2% das crianças, sendo que o Sul do estado tem uma prevalência em crianças bem maior (68,7%). A falta de conhecimento da população e das pessoas atuantes no sistema de saúde em relação à importância da prevenção da anemia ferropriva no desenvolvimento infantil, torna essa a sua principal causa. OBJETIVO: Descrever a capacitação da equipe e enfatizar a prevenção da anemia através do reconhecimento de uma alimentação saudável e rica em ferro para mães e crianças de 0 a 5 anos de idade. RELATO DO CASO: A capacitação da equipe da estratégia de saúde do referido ESF ocorreu através de: (1) Pré-teste com a pergunta: Quais os alimentos você acredita serem ricos em ferro?; (2) Exercícios de reconhecimento de percentis de peso e altura e seus significados no cartão da criança; (3) Distribuição

e discussão de folder com os seguintes tópicos: efeitos deletérios da anemia na infância, dez passos para alimentação saudável, incentivo ao aleitamento materno e consumo de alimentos ricos em ferro; (4) Apresentação da "Mala da Criança sem Anemia", uma mala que contém em seu interior objetos e brinquedos que fazem referência aos alimentos ricos em ferro e alimentos para uma alimentação saudável. CONCLUSÃO: As atividades realizadas e o manuseio da "Mala da Criança sem Anemia" propiciaram a aprendizagem através da brincadeira. Essa estratégia de intervenção para promoção de saúde infantil, justifica-se por si mesma, por melhorar a qualidade de vida das crianças e suas famílias, através da diminuição da anemia ferropriva. E demonstra a importância do ESF, cumprindo seu papel social na melhoria das condições nutricionais da população, já que o Sul do Rio Grande do Sul é área de alta prevalência de anemia ferropriva.

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ: VARIANTE MOTORA

Franciele Moro Poletto, Daniele Dal Bosco, Evelise Vieira Flores, Marcos Paulo Dozza e César Augusto Lopes Pires

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Guillain-Barré é uma doença imunoinflamatória do sistema nervoso periférico, na qual as desordens motoras predominam sobre as sensoriais. Caracteriza-se por déficit motor progressivo, acompanhado de hipo/arreflexia e dor. Em aproximadamente 85% dos casos essas manifestações são antecedidas por infecções virais, tanto respiratórias quando gastrointestinais. O prognóstico dessa síndrome é bom, sendo que em 80-85% dos casos a recuperação é total ou quase completa em curto prazo. RELATO DE CASO: Paciente feminina, 8 anos, apresentando paraparesia progressiva há 3 dias do atendimento, acompanhada de náuseas, vômitos, cefaleia e mialgia em regiões posteriores das pernas. Não havia história de infecções recentes, inclusive gastrointestinais. Ao exame encontrava-se em regular estado geral, apresentando nervos cranianos preservados, paraparesia hipotônica e arreflexia profunda simétrica. Exames laboratoriais (incluindo líquor) e ressonância magnética nuclear de coluna lombo-sacra sem alterações significativas. Evoluiu com piora motora (tetraparesia flácida). Teste de função pulmonar evidencia capacidade vital de 70% do normal para a idade; eletroneuromiografia evidenciou polineuropatia axonal sem sinais de atividade motora, compatível com a Síndrome de Guillain-Barré (AMAN – acute motor axonal neuropathy). Foi submetida a terapia com imunglobulina, apresentando importante melhora progressiva. DISCUSSÃO: Por se tratar de uma doença imunomediada, a Síndrome de Guillain-Barré (1-2 casos/100.000 habitantes) exige diagnóstico ágil, por meio de achados clínicos, laboratoriais e eletroneuromiográficos, pois pode apresentar rápida evolução desfavorável. Dentre as características, 90% dos pacientes apresentam abolição dos reflexos tendinosos durante os primeiros dias, e a fraqueza muscular atinge grau máximo nas 2 primeiras semanas, quando 20% necessitam de auxílio para caminhar. Ocorre estabilização do quadro em até 4 semanas. A alteração clássica de dissociação proteíno-citológica no líquor pode não estar presente na primeira semana. Destaca-se evolução clínica variável com índice de mortalidade de 1 a 15%.

NUTROLOGIA PEDIÁTRICA

ASPECTOS NUTRICIONAIS EM PACIENTE COM ATRESIA DE ESÔFAGO E SÍNDROME DE DOWN: RELATO DE CASO

Janaína Elsing, Alana Eickhoff, Fátima Cleonice de Souza

INTRODUÇÃO: O baixo peso ao nascer está entre um dos fatores mais relevantes para o prognóstico do recém-nascido com atresia de esôfago (AE). Em 50 a 70% dos casos de atresia de esôfago existe associação de outras anomalias congênitas, como a Síndrome de Down (SD) em 5,5% dos casos. Estes pacientes são vulneráveis ao aparecimento de doenças relacionadas ao estado nutricional. É indispensável o acompanhamento ambulatorial multidisciplinar com o empenho familiar frente a essas condições. OBJETIVOS: Relatar caso de paciente com SD com AE e implicações nutricionais. RELATO DO CASO: Paciente masculino, nascido por parto normal com 34 semanas de idade gestacional, portador de SD, pesando 1.860 gramas, Apgar 8/9. Mãe tabagista, 42 anos, G6P6, admitida no hospital com pré-eclâmpsia. Ao nascer, foi encaminhado à UTI pediátrica com diagnóstico de AE, onde permaneceu por um mês. Foram realizadas esofagostomia e gastrostomia. Atualmente, paciente com 8 meses, pesando 4.200 gramas e comprimento de 55 cm, abaixo do percentil 5 para estatura/idade e peso/idade, pela escala de Cronk. Segundo a mãe, recebeu como orientação da nutricionista uso de NAN 2, de 3/3 horas, mas o ganho ponderal foi insatisfatório. A associação de frequentes obstruções da sonda de gastrostomia com a necessidade de reinternações pelos cuidados exigidos com o coto proximal agravam a dificuldade de ganho de peso. Essas situações fazem com que a presença de um cuidador bem treinado também seja indispensável para o manejo adequado. DISCUSSÃO: Nos pacientes com AE se faz o necessário o acompanhamento frequente e constante, principalmente se existem outras anomalias associadas, como no caso relatado. Dessa forma, alterações metabólicas e nutricionais serão detectadas de maneira precoce, podendo ser corrigidas adequadamente, não comprometendo ainda mais o prognóstico. Atendimento multidisciplinar, suporte nutricional e engajamento da família são condições indispensáveis no manejo destes pacientes.

BAIXO PESO EM CRIANÇAS DE UM CENTRO URBANO AO SUL DO BRASIL

Vanessa Adriana Scheeffer e Cristiano do Amaral de Leon

INTRODUÇÃO: A desnutrição na infância representa um dos maiores problemas enfrentados por sociedades em desenvolvimento, devido a sua elevada frequência e amplo espectro de danos secundários a tal condição. O relatório da UNICEF publicado em 2006 diz que um quarto das crianças do mundo tem peso muito baixo para sua idade. No Brasil, a prevalência de baixo peso para a idade varia entre 1,1 e 11%. Devido à importância do tema, buscou-se avaliar a prevalência de baixo peso para a idade em 183 crianças de 12 a 83 meses de idade, residentes de um bairro emergente de um centro urbano ao sul do Brasil. MÉTODOS: Foi realizada pesquisa de campo, com preenchimento de questionário composto por oito questões relevantes ao tema estudado e pesagem das crianças Os dados foram coletados no período de março de 2010 a março de 2011 e o teste do qui-quadrado foi utilizado para a análise dos dados. RESULTADOS: Foi encontrada uma prevalência de 10,9% de baixo peso na população estudada. Tal prevalência foi maior no sexo feminino do que no masculino, embora não tenha sido encontrada significância estatística. Não foi encontrada significância estatística entre baixo peso e demais variáveis. CONCLUSÃO: A prevalência encontrada neste estudo mostrou-se próxima do limite superior das prevalências encontradas no Brasil. Tal fato demonstra a precariedade das condições econômicas e sociais da população estudada, reforçando a necessidade de um melhor atendimento de puericultura às crianças do bairro estudado.

OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA

A IMPORTÂNCIA DA FISIOTERAPIA NAS DESORDENS VESTIBULARES DA INFÂNCIA

Rodolfo Alex Teles e Bruna Finato Baggio

INTRODUÇÃO: Desordens vestibulares são normalmente ignoradas em crianças e a sua falta de habilidade para descrever adequadamente os sintomas prejudica seu prognóstico. Muitas doenças que causam vertigem no adulto acontecem também em crianças, porém, sua frequência pode ser diferente e varia de acordo com a idade. A introdução dos exercícios como modalidade terapêutica foi idealizada na década de quarenta por Cawthorne [1944] e Cooksey [1946]. Recentemente, os fisioterapeutas vêm tornando-se mais interessados na reabilitação vestibular (RV), atuando e produzindo estudos relevantes sobre o tema. OBJETIVOS: Apresentar aspectos científicos para o tratamento da fisioterapia nas desordens vestibulares na infância. MÉTODOS: Realizou-se uma busca na base de dados Medline e Scielo utilizando os descritores: Vestibular rehabilitation, dizziness, child. Foram incluídos nesta revisão os artigos mais relevantes. RESULTADOS E DISCUSSÃO: A tontura é um sintoma muitas vezes esquecido ou desprezado na anamnese da criança. Essa queixa pode associar-se a várias outras afecções, muitas vezes diferindo daquelas encontradas em adultos. As principais desordens vestibulares na infância são relatadas nos estudos como: infecções virais, migrânea e vertigem paradoxística benigna da infância. A reabilitação vestibular visa seguir as diretrizes traçadas durante a fase do exame otoneurológico e do quadro cinético-funcional. Programas de reabilitação vestibular na infância podem ser efetivos, pois, com base na plasticidade neural, as crianças podem compensar rapidamente e adaptar os déficits vestibulares. As evidências sugerem que a fisioterapia pode reduzir e até mesmo eliminar a vertigem, melhorar o controle viso-motor e melhorar o equilíbrio e coordenação. CONCLUSÃO: Desordens vestibulares na infância ainda são subdiagnosticadas. A reabilitação vestibular é um tratamento eficaz e a interação da equipe multiprofissional é essencial.

PEDIATRIA AMBULATORIAL

ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR DA OSTEOGÊNESE IMPERFEITA: UM RELATO DE CASO

Janaína Elsing, Liciane Maria Reis Guimarães, Jade Barbosa Viana e Pedro Augusto Baptisti Minussi

INTRODUÇÃO: A Osteogênese Imperfeita é uma patologia considerada rara, com prevalência estimada de 1/10.000 a 20.000 nascidos vivos. É uma doença do tecido conjuntivo, resultante de mutações em genes que sintetizam colágeno tipo I, gerando fragilidade óssea e outras anormalidades em tecidos dependentes de colágeno. Como consequência dessa fragilidade, as fraturas ósseas poderão ocorrer em qualquer parte do corpo, sendo mais comum em extremidades. Pode ser classificada em oito apresentações clínicas diferentes, desde leves (OI tipo I) ou moderadas (tipos V-VII), a quadros graves (OI tipos III e IV) ou letais no período perinatal (tipo II). OBJETIVO: Relatar o caso de um menino de 11 anos, portador de Osteogênese Imperfeita, visando o manejo multidisciplinar adequado da doença. MÉTODOS: Revisão retrospectiva e pesquisa bibliográfica do quadro clínico e patológico direcionando para manejo de pacientes portadores de Osteogênese Imperfeita. RESULTADOS: O diagnóstico é feito através de anamnese, destacando-se história familiar, quadro clínico e exames de imagem complementares. Devem ser considerados pacientes com história de múltiplas fraturas aos mínimos traumas e aqueles que apresentam sinais característicos de acordo com os diferentes tipos de classificação. Susceptibilidade ao trauma, baixa estatura, redução de massa óssea, deformidades esqueléticas, dentiogênese imperfeita, escoliose e esclera azulada são os sinais comumente observados. O tratamento deve ser multidisciplinar, incluindo médicos, psicólogos, nutricionistas e fisioterapeutas. O tratamento de suporte inclui acompanhamento ortopédico, atividades físicas de baixo impacto, visando o reforço muscular, e uso de inibidores da reabsorção óssea. CONCLUSÃO: A chegada de um paciente com Osteogênese Imperfeita no serviço de saúde gera ansiedade e insegurança nos profissionais da área, por ela ser rara, de difícil manejo e pouco abordada em nível acadêmico. O principal diagnóstico diferencial se faz com a síndrome da criança espancada e, neste âmbito, o conhecimento de sua fisiopatologia torna-se extremamente necessário, evitando assim consequências de um diagnóstico errôneo para o paciente e sua família.

ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM CRIANÇAS COM DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA

Adriano Detoni Filho e Mariana Nolde Pacheco

INTRODUÇÃO: Leucemia é a denominação dada a um conjunto de cânceres que se originam na medula óssea, onde há um acúmulo de células anormais suprimindo a produção de células normais do sangue. A doença pode se apresentar como aguda ou crônica, dependendo da velocidade e progressão dos sintomas. Em crianças, os tipos de leucemia mais comuns são as leucemias agudas. As terapias mais utilizadas para o tratamento dessa patologia são a quimioterapia e o transplante de medula óssea. O uso de medicamentos quimioterápicos pode resultar em diversos efeitos adversos, entre eles a fadiga, anorexia, náuseas, alopécia, perda de peso e dor. Com isso, o papel da fisioterapia no tratamento da leucemia é prevenir as incapacidades estabelecendo estratégias de autocuidado e melhorando a qualidade de vida dos pacientes acometidos pela doença. OBJETIVO: Revisar a importância da fisioterapia no tratamento da leucemia infantil. MÉTODOS: Consistiu de uma revisão bibliográfica onde foram lidos e analisados 12 artigos buscados diretamente nas bases de dados MEDLINE, LILACS, SciELO e PUBMED a partir do ano 2000. RESULTADOS E DISCUSSÃO: A análise dos artigos permitiu verificar que as crianças com leucemia apresentavam importante redução no movimento de dorsiflexão de tornozelo, fadiga, atrofia muscular e dor. As condutas fisioterapêuticas utilizadas foram exercícios para ganho de amplitude de movimento de dorsiflexão de tornozelo, alongamentos, fortalecimento muscular de membros inferiores e neuroestimulação elétrica transcutânea (TENS). CONSIDERAÇÕES FINAIS: Com os resultados obtidos nesse estudo foi possível concluir que a fisioterapia ajudou no controle da dor, aumentou a força muscular e melhorou a amplitude de movimento em crianças durante o tratamento da leucemia.

AVALIAÇÃO DA ACUIDADE VISUAL EM ALUNOS DE ESCOLA PÚBLICA E PARTICULAR DE CAMPO GRANDE, MS

Paola Mari Nakashima Cano, Dante Orondjian Verardo, Fabiana Orondjian Verardo, Ingridy Valério Normando, Jullyana Mendonça Souza, Laura Chaparro Costa Neves e Nataly Saucedo Perez

INTRODUÇÃO: Observa-se uma escassez de dados estatísticos sobre causas médicas de baixo desempenho escolar no Brasil,

e a deficiência visual faz parte desse cenário. A importância do acompanhamento da acuidade visual (AV) até a idade escolar em crianças com fatores de risco para o baixo desempenho escolar é fundamental. Uma das motivações deste estudo foi a constatação de que poucas crianças nesta faixa etária passaram pelos ambulatórios de oftalmologia, fato este que retarda cada vez mais o diagnóstico de déficits visuais que podem ser a causa das dificuldades de aprendizagem. OBJETIVO: Comparar AV de alunos de escola pública e particular e correlacionar os achados as demais variáveis do estudo. MÉTODOS: Estudo de delineamento transversal, feito em escola pública e particular entre fevereiro e março de 2011. Amostra: 112 alunos de 3º e 4º ano do ensino fundamental da escola pública (48) e da particular (64). Variáveis: consulta oftalmológica prévia (motivo e idade) e acuidade visual (AV). Os dados foram coletados através do preenchimento de questionário padronizado pelo responsável e medida de acuidade visual para longe com utilização da tabela de Snellen. RESULTADOS: Resultados das escolas particular e pública foram, respectivamente: consulta oftalmológica prévia: 39,1% e 20,8%, destes, 40% e 80% foram referenciadas por pediatras; média de idade na 1ª consulta: 5,94 e 5,16; motivo principal da 1ª consulta: cefaleia (60%) em ambos; AV pior que 20/40 em pelo menos 1 dos olhos: 6,3% e 29,16%, destes, já passaram por consulta oftalmológica 75% e 8,3%, e usam óculos 25% e 0%. CONCLUSÃO: Constatou-se menor acessibilidade à consulta oftalmológica nas crianças de escola pública, o que pode justificar o maior índice de alterações da AV neste grupo. Este achado pode ser atribuído à necessidade de encaminhamento para consulta especializada no sistema público de saúde local. O motivo mais relatado para 1ª consulta, em ambos os grupos, provavelmente por se tratar de uma queixa universal e comumente atribuída a alterações oculares, foi a cefaleia. A idade média na primeira consulta foi semelhante entre os 2 grupos.

ENURESE E DISFUNÇÃO MICCIONAL: ESTÃO RELACIONADAS?

Denise Marques Mota, Elaine Albernaz, Lais Marques Mota e Cristina Kaufmann

INTRODUÇÃO: Enurese é a perda involuntária de urina à noite, na ausência de doença orgânica, numa idade em que seria esperado que a criança se mantivesse seca (após os cinco anos). É um transtorno significativo para crianças e adolescentes, impondo restrições às atividades de rotina e vergonha pela condição de enurético. A disfunção miccional é um padrão miccional anormal para a idade da criança, não sendo usualmente reconhecida antes da aquisição do controle urinário noturno. OBJETIVO: Determinar a prevalência de enurese e de disfunção miccional em uma coorte de crianças. MÉTODOS: Estudo de coorte que incluiu a triagem hospitalar de todos os nascimentos ocorridos na cidade de Pelotas de setembro de 2002 a maio de 2003 e acompanhou uma amostra aleatória de 30% destes. Esta análise foi realizada com a visita de 2010, quando as crianças tinham entre sete e oito anos de idade. Para avaliação de disfunção miccional, foi utilizado o escore de disfunção miccional de Farhat, que utiliza como ponto de corte para disfunção valores > 6 nas meninas e > 9 nos meninos. RESULTADOS: Foram avaliadas 578 crianças sendo 48,3% meninas. A prevalência de enurese foi 8,4%, sendo 10,1% nos meninos e 6,6% nas meninas; 81,6% urina na cama duas ou mais vezes durante a noite; 25% todas as noites, 12,5% quatro a cinco vezes por semana e 62,5% menos de quatro vezes na semana; 87,5% molham a roupa e os lençóis; apenas 3,2% acha que a enurese interfere na vida familiar ou social da criança. A disfunção miccional apresentou prevalência de 12,7%, sendo 5,9% nos meninos e 20,0% nas meninas (p<0,001) e foi mais frequente entre as crianças que tinham enurese (37,0%) do que entre as que não tinham (10,4%) (p<0,001). A frequência dos sintomas miccionais entre os enuréticos e não enuréticos foi: número de micções menor que três vezes ao dia 4,4% x 3,5% e mais de oito vezes ao dia 15,2% x 5,3% (p=0,02), incontinência urinária 29,2% x 5,5% (<0,001), manobras de contenção 60,4% x 37% (p=0,001), urgência miccional 79,2% x 62,3% (p<0,001), urge-incontinência 29,2% x 5,0% (p<0,001). CONCLUSÕES: A enurese é uma patologia frequente na infância e as crianças apresentam maior prevalência de sintomas miccionais diurnos associados, que devem ser investigados para o adequado tratamento. As famílias não reconhecem muitas vezes a enurese como um problema, não buscando ajuda. A disfunção miccional deve ser tratada concomitantemente e, muitas vezes, pode resolver a enurese.

HÁBITOS INTESTINAIS NA INFÂNCIA

Denise Marques Mota, Aluisio Jardim Dornelas de Barros, Ina Santos e Alicia Matijasevich

INTRODUÇÃO: A constipação é uma queixa frequente nas consultas pediátricas de rotina e é responsável por mais de 20% das consultas ambulatoriais na especialidade de gastrenterologia pediátrica [1, 2]. A etiologia da constipação é multifatorial e há divergências em relação ao seu curso clínico [3]. OBJETIVOS: Descrever a prevalência de constipação, características das fezes e sua relação com treinamento esfincteriano e introdução do leite de vaca nos primeiros quatro anos de vida. MÉTODOS: 4.231 crianças nascidas no ano de 2004 em Pelotas foram incluídas em um estudo longitudinal. Aos 12, 24 e 48 meses, as mães responderam a um questionário domiciliar com questões sociodemográficas, características dos hábitos intestinais, treinamento esfincteriano e idade de introdução de leite de vaca, entre outros tópicos. Para a definição de constipação funcional foi utilizado o critério de Rome II modificado: presença de dois ou mais dos seguintes sintomas: fezes duras, fezes em cíbalos, evacuações com sangramento, dificuldade em evacuar, intervalos maiores que 72 horas entre uma evacuação e a seguinte e uso de laxantes nos últimos 30 dias. RESULTADOS: Prevalência de constipação aos 24 meses foi 27,3%, 31% aos 48 meses (predominando nas meninas aos 48 meses (34,4% x 27,4%; p<0,001) e 13,6% aos 24 e aos 48 meses. As características mais frequentes aos 24 e 48 meses são fezes duras (17,8% e 34,1%), em cíbalos (47,7% e 41%) e dificuldade em evacuar (24,3% e 23,1%). Treinamento esfincteriano antes dos 24 meses esteve associado com constipação aos 24 meses e persistência até os 48 meses. Aos 24 meses, 48,3% das crianças apresentavam recusa em utilizar o vaso sanitário (ou penico) e 2,9% aos 48 meses. Crianças que não receberam leite de vaca no primeiro ano de idade apresentaram prevalência de constipação de 22% aos 24 meses, 22,6% aos 48 meses e 8,3% aos 24 e 48 meses; as prevalências nas crianças que iniciaram leite de vaca antes de 30 dias de vida foram 28,2%, 33% e 12,4%, respectivamente. CONCLUSÃO: A prevalência de constipação aumenta com a idade e necessita busca ativa de sintomas para seu adequado diagnóstico. O treinamento esfincteriano antes dos 24 meses e a introdução de leite de vaca antes de 1 ano de idade esteve associado à constipação aos 24 meses e à sua persistência até os 48 meses. A orientação em relação ao aleitamento materno e treinamento esfincteriano deve ser fornecida nas consultas de rotina.

HIPERTENSÃO ARTERIAL E OBESIDADE: ESTÃO ASSOCIADAS?

Denise Marques Mota, Manoela Finkler, Lais Marques Mota, Alice João Marques, Clarisse Magalhães e Angeline Paulsen Rodrigues

INTRODUÇÃO: A hipertensão arterial é uma doença crônica, silenciosa e assintomática. Estudos demonstram presença de lesões em órgãos de crianças e adultos jovens hipertensos, como hipertrofia ventricular esquerda e proteinúria. Crianças hipertensas apresentam riscos 3-6 vezes maiores de terem dores de cabeça, dificuldades no sono, fadiga, dor no peito e dor abdominal. A prevalência de hipertensão arterial essencial nas crianças tem aumentado na última década, coincidindo com a epidemia da obesidade. OBJETIVO: Traçar o perfil da pressão arterial (PA) das crianças que consultam num ambulatório de pediatria e relacionar com estado nutricional. MÉTODOS: Estudo transversal, com os atendimentos ambulatoriais de março a julho de 2010. Foram avaliados 658 pacientes entre 3 e 17 anos. Percentis de pressão arterial foram obtidos de acordo com a idade, sexo e altura (diretrizes de 2006): pré-hipertensos valores de percentil entre 90 e 95; hipertensão estágio 1 valores entre 95 e 99 + 5mmHg e acima destes valores hipertensão estágio 2. O estado nutricional foi avaliado segundo critérios da OMS: obesidade com percentil do IMC acima de 97, sobrepeso entre 85 e 97 e adequado abaixo do 85. RESULTADOS: 42,9% das crianças eram do sexo feminino, 69,8% brancas, idades entre 3 e 5 anos (6,7%), 6 a 8 anos (28,9%), 9 a 11 anos (35,6%), 12 a 14 anos (23,1%) e 15 a 17 anos (5,8%). Em relação ao estado nutricional 11,6% foram classificados como sobrepeso e 31,3% como obesos. Em relação aos níveis tensionais sistólicos, 13,2% apresentavam pré-hipertensão, 10,3% hipertensão estágio 1 e 2,7% estágio 2; níveis tensionais diastólicos de 14,1%, 13,8% e 3% respectivamente. O estado nutricional apresentou relação direta com os níveis tensionais elevados, sendo 31,1%, 22% e 14,7 % nas crianças obesas, com sobrepeso e com peso adequado, respectivamente (p=0,005). Os níveis tensionais elevados apresentaram uma relação inversa com a idade (p=0,007) com 27,3% (3-5 anos), 24,7% (6-8 anos), 25,6% (9-11 anos), 16,5% (12-14 anos) e 7,9% (15-17 anos). Os meninos apresentaram menores prevalências de hipertensão em relação às meninas (19,4% x 26,2%, p=0,037). CONCLUSÕES: A obesidade deve ser tratada como uma doença e suas morbidades avaliadas precocemente na infância. A detecção da pressão arterial nas consultas de rotina pode ser um fator de prevenção de doenças cardiovasculares, pois, uma vez detectada, podemos instituir medidas para evitar as lesões em órgãos-alvo antes de estabelecidas.

PREVALÊNCIA DE ANEMIA NO SEGUIMENTO DE PRÉ-TERMOS DE MUITO BAIXO PESO

Claudia Ferri, Mariana Rangel Ribeiro, Luciana Alonzo Heidemann, Renato S. Procianoy e Rita de Cassia Silveira

INTRODUÇÃO: Pré-termos apresentam maior risco para anemia no primeiro ano de vida, pois os estoques fetais de ferro ocorrem principalmente a partir de 32 semanas de gestação. A prevalência de anemia em prematuros durante a infância pode variar de 26,9% a 85%. No entanto, a ocorrência e os efeitos da anemia no seguimento do pré-termo são pouco descritos. OBJETIVOS: Avaliar a presença de anemia e da deficiência de ferro e seus fatores perinatais em prematuros com um ano de idade corrigida. MÉTODOS: Estudo transversal incluiu pré-termos com peso de nascimento entre 505 e 1.500 gramas, e idade gestacional menor que 32 semanas, acompanhados no Ambulatório de Seguimento de um hospital terciário, entre janeiro de 2004 a março de 2010. Foram avaliados o uso de EPO, transfusões na internação, idade gestacional, peso do nascimento e gênero; hemograma e ferritina com um ano de idade corrigida. Na análise estatística foram empregados os testes de qui-quadrado, Mann-Whithney, teste T e coeficiente de correlação de Pearson. O programa estatístico foi o SPSS versão 18.0. Estudo aprovado pelo CEP da instituição. RESULTADOS: 320 crianças preencheram critérios de inclusão. A prevalência de anemia foi de 36,8% e da deficiência de ferro foi de 34,3%, sendo que houve uma prevalência de 23,4% de deficiência de ferro entre as crianças sem anemia. A média da hemoglobina foi de 11,6 ±1,29 g/dl, a média da idade gestacional foi de 30,46 ±2,18 sem. A média de peso deste grupo foi de 1186,31±228,49g. Dentre as 60 crianças com anemia, 51,6% necessitaram de transfusões no período neonatal, e naquelas 163 sem anemia, 43,5% necessitaram transfusões no período neonatal. Dentre todos os demais fatores perinatais, somente a idade gestacional foi estatisticamente significativa para a presença de anemia no seguimento com 1 ano de IC (p= 0,035). O uso de EPO não foi significativo. CONCLUSÃO: A prevalência de anemia nesta coorte de pré-termos, a avaliados com 1 ano de idade corrigida, encontra-se quartil inferior do descrito na literatura. Transfusões de concentrado de hemácias e o uso da EPO no período neonatal não modificaram a presença de anemia com um ano de idade. A imaturidade, mesmo para pré-termos de muito baixo peso, permanece sendo o fato mais relevante na ocorrência de anemia no primeiro ano.

PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM ESCOLARES DE 7 A 14 ANOS QUE FREQUENTAM ESCOLAS MUNICIPAIS DE HERVAL D'OESTE, SC

Michele Lopes Igansi, Lucas Faccio Della Latta, Karine Conte; Patricia Petry, Cristiane Pagliarini e Jossana Maria

INTRODUÇÃO: Ao acompanhar as mudanças nos hábitos socioambientais e culturais que vêm ocorrendo, as doenças cardiovasculares tornaram-se a principal causa de óbito no adulto e, por isso, a necessidade da obtenção das causas que estão levando a esse quadro, com o intuito de iniciar precocemente a prevenção dos fatores de risco através da intervenção nas políticas de saúde baseadas nos principais focos de prevalência. Dessa maneira, o presente estudo avaliou a prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV), tais como a obesidade, a hipertensão arterial, o sedentarismo e o tabagismo, que podem ser prevenidos, muitas vezes, com simples mudanças nos hábitos de vida. MÉTODOS: Correlacionaram-se as variáveis estudadas nos escolares de 7 a 14 anos que frequentam escolas municipais do Município de Herval D'Oeste, Santa Catarina. Para tal, realizou-se um estudo transversal, de base populacional, de natureza clínica no período de agosto a novembro do ano de 2010 em escolares na faixa etária acima citada. Os escolares foram submetidos a um questionário sobre determinados fatores de risco, além da verificação da pressão arterial, peso e altura. RESULTADOS: Dos 500 alunos estudados, a prevalência de hipertensão arterial foi de 5,8%, de obesidade 7,8% e de sedentarismo 20,2%. Nenhum aluno relatou fumar habitualmente e 2,6% referiram fumar esporadicamente. Os resultados deste estudo revelaram prevalências elevadas de excesso de peso, de medidas hipertensivas e de sedentarismo nos escolares avaliados. Além disso, a pressão arterial elevada predominou entre os escolares com excesso de peso em ambos os sexos. Posteriormente à coleta e análise dos dados de cada indivíduo, foi encaminhada uma carta a todos os pais e/ou responsáveis com algumas informações colhidas e orientações sobre a necessidade ou não de procurar auxílio médico para investigação das devidas alterações. Além disso, foram sugeridas medidas intervencionistas baseadas nos focos prevalentes no município. CONCLUSÃO: Portanto, o estudo teve por objetivo determinar a prevalência e orientar a prevenção de determinados fatores de risco para doenças cardiovasculares, para que, quando adultos, a taxa de morbimortalidade por elas seja menor da que é apresentada atualmente.

SÍNDROME METABÓLICA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Denise Marques Mota, Lais Marques Mota, Alice João Marques, Manoela Finkler, Luana Correa de Andrade, Bruna de Matos Bauer, Clarisse Magalhães e Angeline Paulsen Rodrigues

INTRODUÇÃO: A obesidade é uma doença crônica, complexa, de etiologia multifatorial cujo desenvolvimento sofre influência de fatores genéticos, ambientais e comportamentais. Sua prevalência vem aumentando nos últimos anos em todos os países e está relacionada com morbidades: obesidade visceral, resistência insulínica, hipertensão e dislipidemia, fatores que, somados, constituem a Síndrome Metabólica (1). OBJETIVOS: Determinar a prevalência de síndrome metabólica por sexo e idade nas crianças obesas do ambulatório da Faculdade de Medicina da UFPEL. MÉTODOS: Estudo transversal, realizado no ambulatório de pediatria da UFPEL com crianças maiores de cinco anos que consultaram no ano de 2010 e que foram classificadas como obesas. Foi realizada uma avaliação laboratorial para detectar a presença de síndrome metabólica, mas, para esta análise, apenas 149 crianças estavam com os resultados completos. Síndrome metabólica foi definida de acordo com os critérios de Cook (2), com a presença de pelo menos três dos cinco critérios: circunferência abdominal > percentil 90 (3), glicemia de jejum > 110mg/dl, triglicerídeos > 110mg/dl, HDL < 40mg/dl e Pressão arterial > percentil 90. RESULTADOS: Foram avaliadas 308 crianças, com 49% de meninos, idades em anos completos: 14,9% (5-6), 33,1% (7-9), 39,9% (10-13) e 12% (14-16). A prevalência de níveis pressóricos sistólicos e/ou diastólicos acima do percentil 90 foi de 45,1% e 39,1% respectivamente, com predomínio nas idades de 7 a 13 anos; circunferência abdominal acima do percentil 90 em 87,4%, triglicerídeos > 110mg/dl de 36,4% e HDL < 40mg/dl 39,5% (sem diferença entre os sexos). História familiar de hipertensão foi de 73,5% (pais ou avós) e obesidade em ambos os pais 16,6%, mãe 20,8% e pai 14,3%. Síndrome metabólica foi avaliada em 129 crianças que tinham todos os parâmetros coletados, apresentando uma prevalência de 23,3%, com predomínio nas idades de 10 a 16 anos. A mediana dos valores laboratoriais foi: triglicerídeos 94mg/dl, glicemia 79mg/dl, HDL 43mg/dl. Em relação ao tempo de tela, a mediana foi 3 horas/dia para televisão e 2 horas/dia para videogame. CONCLUSÕES: A síndrome metabólica foi frequente nas crianças obesas, assim como a prevalência de hipertensão, devendo ser investigada para identificar crianças e adolescentes que estão em risco de tornarem-se obesos na vida adulta com as consequentes morbidades. A obesidade deve ser investigada e tratada como uma doença, prevenindo problemas futuros.

IMPORTÂNCIA DA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL EM UMA COORTE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

José V C Spolidoro, Jefferson Piva, Manuel L Pitrez, Luiz T R Vargas, João Carlos Santana, Eduardo Pitrez, Neide Bruscato, Cecilia Korb e Greice Birck

OBJETIVO: Determinar a importância do acompanhamento da medida de circunferência abdominal (CA) em crianças e adolescentes como marcador precoce de sobrepeso; síndrome metabólica (SM) e alterações cardiovasculares em adulto jovens. MÉTODOS: Estudo de coorte com 159 indivíduos (feminino 51;6%) em 1999 com idade média 13,2anos. Foram realizadas 3 avaliações: 1999; 2006 e 2008. Peso, altura e CA coletado nas 3 avaliações. Em 2006, coletados também exames laboratoriais para diagnóstico de SM. Em 2008, pressão arterial (PA); ultrassom de carótidas para medir a espessura da camada médio-intimal das artérias carotídeas (EmiC) e tomografia abdominal (TCA) para quantificar depósitos de gordura. RESULTADOS: A CA medida enquanto criança ou adolescente correlacionou-se fortemente com o índice de massa corporal (IMC) medido simultaneamente e estabeleceu uma forte correlação com as medidas de circunferência abdominal como adulto jovem; assim como com a evolução do IMC. A CA correlacionou-se fortemente com os depósitos de gordura em TCA; sendo que a CA em 1999 expressou melhor a gordura externa (AGE), enquanto a CA quando adulto jovem expressou forte correlação tanto com gordura interna (AGI) quanto AGE. A correlação da CA com os depósitos de gordura foi mais forte no sexo feminino. A PA elevada como adulto jovem ocorreu significativamente mais naqueles que em 1999 tinham CA e IMC acima do ponto de corte de risco cardiovascular. A EmiC não correlacionou com CA e IMC elevados. A CA e não o IMC em 1999 foi significativamente maior no grupo que evoluiu para SM indicando que pode ser usado como parâmetro para discriminar aqueles que necessitam intervenção para prevenir a evolução para esta grave doença e suas consequências na vida adulta. CONCLUSÕES: A CA em crianças e adolescentes foi útil na triagem de pacientes para SM e risco de hipertensão. CA expressou os acúmulos de gordura abdominal, principalmente gordura subcutânea.

PEDIATRIA DO DESENVOLVIMENTO E COMPORTAMENTO

ANEUPLOIDIA DOS CROMOSSOMOS SEXUAIS ASSOCIADA A RETARDO MENTAL

Régis Augusto Reis Trindade, Fábio Bonalume, Rafael Simon Ribeiro Townsend, Marilice Magroski Gomes da Costa, Simone de Menezes Karam e Milene Pinto Costa

INTRODUÇÃO: O cariótipo 49 XXXXY é uma desordem dos cromossomos sexuais rara expressa clinicamente como retardo mental grave, hipogenitalismo e alterações esqueléticas, crescimento lento e desordens do comportamento. A incidência desta aneuploidia é estimada em 1 em 85.000 nascidos do sexo masculino. Foi originalmente descrita por Fraccaro em 1960. Apesar de ser usualmente considerada como uma variante da Síndrome de Klinefelter, mostra um distinto fenótipo e características clínicas mais graves. A expectativa de vida é normal. OBJETIVOS: Relatar o caso de um menino com cariótipo XXXXY em seguimento nos Ambulatórios de Genética e de Egressos da UTI Neonatal do Hospital Universitário (HU) de Rio Grande, RS. MÉTODOS: Estudo baseado na revisão de prontuário médico e literatura médica na base de dados do PubMed. RESULTADOS: D.A.C., 3 anos, masculino, admitido na UTI Neonatal do HU por Retardo do Crescimento Intrauterino (RCIU), baixo peso ao nascer e infecção perinatal. Nasceu por parto cesárea com 35 semanas e 5 dias, APGAR 2 no 1º minuto e 7 no 5º minuto e 1.300 g. Mãe com 41 anos, primigesta, com 7 consultas de pré-natal, sorologias na gestação negativas. Hipertensa prévia, fez uso de Captopril até 14 semanas de gestação e, após, Metildopa. Ao exame físico: micrognatia e laringomalácia, confirmada por laringoscopia, genitália masculina normal. Encaminhado ao geneticista por RCIU e laringomalácia. Apresentava também pescoço curto, epicanto bilateral, hipertelorismo, fendas labiais para baixo, clinodactilia do 5º dedo bilateral, assimetria de face e tórax, PITS pré-auriculares e retardo do desenvolvimento neuropsicomotor. Realizado avaliação cardiológica devido a sopro protossistólico, sendo o ECG e Ecocardiograma normais. Permaneceu internado na UTI Neonatal por 44 dias e 18 dias na Unidade Intermediária para ganho de peso. Foi realizado cariótipo GTG evidenciando pentassomia dos cromossomos sexuais: 49 XXXXY em todas as células analisadas. Atualmente com 3 anos, consegue falar algumas

palavras, possui atraso em caminhar, levanta sozinho e caminha com apoio. Além do acompanhamento já mencionado, está em fonoterapia, fisioterapia e frequenta a APAE. CONCLUSÕES: Após descrever o caso de uma criança com Síndrome XXXXY no contexto da investigação de uma laringomalácia, o paciente mostrou-se com bons prognóstico e expectativa de vida. O prognóstico destas crianças depende da gravidade da doença e necessita de uma abordagem multidisciplinar.

BENEFÍCIO DO CONSUMO DE ÔMEGA-3 E ÔMEGA-6 EM CRIANÇAS

Karen Miotto, Silvana Moura, Daiana Paz, Gabriela Grossi e Grasiele Mello

INTRODUÇÃO: Os ácidos graxos poli-insaturados são nutrientes essenciais para o ser humano. São considerados essenciais, pois não podem ser sintetizados pelo corpo e devem ser consumidos sob a forma de gorduras. A ingestão, tanto de ômega-3 quanto ômega-6, auxilia na diminuição dos níveis de triglicerídeos e colesterol LDL, no aumento de colesterol HDL e no combate do excesso de glicose no sangue. Possui ainda importante papel em alergias e processos inflamatórios. Podemos encontrá-lo nas nozes, castanhas, peixes (especialmente de águas frias), rúcula e nos óleos vegetais, como: azeite, canola, soja, milho, entre outros. Pode ser consumido e é necessário a todos os indivíduos. Deve estar presente na alimentação diária, especialmente nas crianças, que se encontram numa importante fase de desenvolvimento. OBJETIVO: Avaliar o benefício do consumo de ômega-3 e ômega-6 em crianças. MÉTODOS: Revisão de literatura com base no banco de dados do Medline e PubMed. RESULTADOS: O organismo humano não consegue sintetizar quantidades suficientes de ômega -3 e ômega -6. Dessa forma, é importante fazê-lo através da ingestão de alimentos ou suplementos vitamínicos. Mulheres que tomam suplementos de óleo de peixe durante a gravidez têm crianças com melhor coordenação motora e desenvolvimento mental. Estudos demonstraram efeito benéfico em crianças que consomem uma ou ambas as gorduras, onde se verificou diminuição do nível de gordura no sangue, melhora na capacidade visual, desenvolvimento cognitivo e na proteção dos ossos, já que diminuem a quantidade de osso que é reabsorvido. Verificou-se também que o consumo regular de alimentos ricos em ômega-3 melhora a capacidade de aprendizagem das crianças. Uma alimentação rica em tais suplementos aumenta o numero de glóbulos vermelhos. Assim, estudos comprovam que o nível de atenção das crianças aumenta consideravelmente quando sujeitos a uma dieta rica em ômega-3 e ômega-6, facilitando seu desenvolvimento intelectual. Notou-se também que crianças que ingerem tais alimentos tiveram menos problemas emocionais e distúrbios do sono. Cientistas do Imperial College descobriram que dois comprimidos ao dia, durante três meses, ajudaram o cérebro de um grupo de crianças a evoluir o equivalente a três anos, sendo constatadas melhoras na capacidade de leitura e atenção. CONCLUSÃO: A ingestão diária de ômega-3 mostrou-se benéfica para crianças de todas faixas etárias, principalmente quando o consumo é associado ao consumo de ômega-6.

IMPACTO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA DESNUTRIÇÃO INFANTIL

Gabriela Grossi, Grasiele Mello, Karen Miotto, Silvana Moura, Daiana Paz e Bárbara Bastos

INTRODUÇÃO: Em países em desenvolvimento, a desnutrição aparece como a segunda causa maior de morte em crianças menores de 5 anos. A classificação de desnutrição mais utilizada em nosso país é a da OMS, aplicada em crianças menores de 5 anos baseadas no z- escore. A principal causa de desnutrição baseia-se em baixa ingestão energético proteico. Esse problema está intimamente ligado à pobreza e afeta milhares de famílias brasileiras de baixa renda. Por esta razão, a desnutrição passa a ser vista como um problema social e não puramente de saúde pública. O Programa Bolsa Família foi lançado em outubro de 2003, são feitas transferências monetárias às famílias pobres que assumem o compromisso de investir na nutrição, na saúde e na educação de suas crianças e nos demais. OBJETIVOS: Demonstrar a importância do programa Bolsa Família na redução da desnutrição infantil. MÉTODOS: Estudo descritivo realizado a partir de análise dos dados sobre prevalência de crianças desnutridas beneficiadas pelo PBF no estado do Rio Grande do Sul durante os meses de dez/2006, jun/2007, dez/2007, jun/2008 e dez/2008 contidas na base de dados do site do SUS - DATASUS. A idade da população estudada era de 0 a 9 anos com baixo peso para altura, encontrando-se abaixo de p 3. RESULTADOS: O número absoluto de crianças ajudadas pelo PBF no período estudado foi de 15.637 (100%). A prevalência maior evidenciada foi na faixa etária de 1 a 4 anos (56,4%). A segunda maior foi 5 a 9 anos (41,7%). A menor percentagem encontrada foi de 1,8%, em crianças menores de um ano. A baixa renda está ligada não somente à dificuldade de acesso a alimentos, mas também à falta de higiene, habitação, saneamento e acesso aos serviços de saúde. A ingestão de água contaminada está relacionada diretamente a casos de diarreia em crianças. Esse hábito, juntamente com a moradia precária e péssimos hábitos de higiene, garantem à criança uma maior propensão a doenças infecto-contagiosas, as quais são fatores de risco para a desnutrição. A partir da implantação do programa Bolsa Família, constamos uma melhora na renda per capita das famílias, obtendo, assim, um declínio precioso nos casos de desnutrição das crianças brasileiras. CONCLUSÃO: Desta forma, a desnutrição é um problema de origem multifatorial e tem suas raízes na pobreza. Para reduzir a prevalência da desnutrição infantil é requerida ação focalizada e sistemática governamental não apenas na área de saúde, e isso foi possibilitado a partir da criação do PBF.

PROJETO SÓ RISO

Cezar Guilherme Raymundo Tabach, Márcio Torikachvili, Luciana Hoffmann Miranda, Rafaela Hoffmann Miranda, Raquel de Freitas Jotz, Wilson Ribeiro Casanova Neto, Juliano Peixoto Bastos, Marcel Catelan, Íris Oriques Pacheco, Andreza Mariane de Azeredo e Rodrigo Moraes Ruschel

INTRODUÇÃO: Implantado no ano de 2010 no Hospital Universitário (HU) da Universidade Luterana do Brasil em Canoas-RS, o projeto "Só Riso" é composto por acadêmicos de Medicina que personificam palhaços e promovem momentos lúdicos às alas de pediatria e de UTI pediátrica. OBJETIVOS: Modificação da dinâmica hospitalar com ênfase na promoção do bem-estar enquanto em período de hospitalização, visando promover conforto emocional. MATERIAL E MÉTODOS: A equipe é dividida em cinco grupos que atuam de segunda a sexta-feira das 16 às 18h no HU. São visitadas todas as crianças internadas no andar pediátrico que desejam receber os "doutores besteirologistas" em seus quartos. RESULTADOS: O contraponto criado entre a tensão hospitalar e o bem-estar no hospital gerou, acima de tudo, a satisfação dos pacientes e dos seus familiares, com relatos positivos frente à atenção especial e diferencial recebida durante o período de internação. CONCLUSÃO: Apesar do seu pouco tempo de atuação, o Projeto vem modificando a rotina hospitalar e vem consolidando-se como uma ferramenta essencial na promoção da saúde dos pacientes e familiares.

SÍNDROME XYY: RELATO DE CASO

Fátima Cleonice de Souza, Marjana Piana e Claus D. Dummer

INTRODUÇÃO: A síndrome XYY pode ser definida como uma aneuploidia de cromossomos sexuais, na qual o indivíduo recebe um cromossomo Y extra, apresentando cariótipo 47, XYY. Acredita-se que a incidência desta anomalia seja de 1 para cada 1.000 nativivos do sexo masculino. Entretanto, é encontrada em 2 a 3% dos homens que estão em instituições em virtude da dificuldade de aprendizagem ou comportamento antissocial criminoso. RELATO DE CASO: Apresentamos o relato de caso de um menino de 12 anos com atraso no aprendizado e na fala, assim como distúrbios no comportamento, sendo agressivo com os colegas na escola e com os familiares. Desde os 7 anos iniciou tratamento com fonoaudiólogo, psicólogo, neuropediatra e pedagogo. Sempre foi uma criança exigente, imatura emocionalmente, com prejuízo no raciocínio e pensamento lógico. Fez uso de metilfenidato e risperidona, mas, mesmo assim, repetiu por três vezes a 1ª série. Mantinha impulsividade e recusa na realização das tarefas escolares. Em relação ao desenvolvimento somático, encontra-se acima do percentil 75, conforme curva de estatura/idade do Centers for Disease Control and Prevention (CDC/2000) 7, tendo previsão de chegar a 182 cm aos 18 anos. Considerando que suas irmãs nunca tiveram dificuldades na escola e nos relacionamentos, foi indicada avaliação com geneticista, sendo solicitado estudo citogenético que teve como resultado cariótipo masculino, com 47 cromossomas e com complemento de cromossomos sexuais XYY. Clinicamente, os neonatos com tal trissomia não apresentam alterações fenotípicas aberrantes, podendo apenas haver malformações como clinodactilia, hérnia inguinal e pectus carinatum. Além disso, sinais como atraso na fala, leve déficit de aprendizagem, aumento da velocidade de crescimento durante a primeira infância, imaturidade emocional e alterações comportamentais devem ser investigados para tal cromossomopatia.

PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA

BRONQUIOLITE AGUDA: EVOLUÇÃO CLÍNICA EM PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO AMAZONAS

Brena Silva dos Santos, Carolina Vertemati Cavalieri, Silvana Gomes Benzecry, Aline Cristiane Corte de Alencar, Kelly Cristina Carim da Costa, Renata Ribeiro Malheiros e Fabio Bolzan Camargo

INTRODUÇÃO: A bronquiolite é uma inflamação das pequenas vias aéreas (bronquíolos) do trato respiratório inferior, geralmente de etiologia viral, que acomete crianças menores de 2 anos. Caracteriza-se por obstrução das vias aéreas e chiado. É uma importante causa de morbidade e hospitalização de lactentes. Aproximadamente 80% dos casos de BVA ocorrem durante o primeiro ano de vida, com um pico de incidência entre os 2 e os 6 meses de idade. A grande maioria das crianças com bronquiolite podem ser tratadas no domicílio, com apenas 1 a 3% necessitando de hospitalização, em que os fatores de riscos são: idade inferior a 12 semanas, antecedentes de prematuridade, doença cardiopulmonar ou imunodeficiência. OBJETIVO: Descrever as principais características clínicas dos pacientes internados no Instituto da Criança do Amazonas (ICAM) no período de Set/2010 a Mar/2011 com o diagnóstico de Bronquiolite Aguda. METODOS: Trata-se de um estudo observacional prospectivo em que foram estudados pacientes com diagnóstico de Bronquiolite Aguda internados no ICAM no período de Set/2010 a Mar/2011, de ambos os sexos e com idade inferior a 12 meses, excluindo-se aqueles com outras patologias associadas e os indígenas, aqueles que os pais não assinarem o TCLE e com prontuários incompletos. A coleta de dados será por meio de questionário que inclui anamnese e exame físico. Usamos como critério para baixo peso o Z-score < -1. Os dados serão apresentados de forma descritiva. RESULTADOS: Foram selecionados 41 pacientes, entretanto, 14 pacientes foram excluídos de acordo com os critérios de exclusão. O total de pacientes incluídos na pesquisa foi 27, dos quais 59% são do sexo masculino e 41% do sexo feminino. A média de idade foi de 4,3 meses. A frequência das principais manifestações prévias foi: falta de ar (18%), chiado (13%), obstrução nasal (13%), coriza (13%), tosse com catarro (12%), febre (9%), tosse seca (9%), vômitos após tosse (5%), diarreia (6%) e lábios roxos (2%). Identificamos que 11,1% dos pacientes estavam com z escore menor que -1. Nenhum paciente necessitou utilização de oxigênio, UTI, uso de ventilação mecânica e suspensão da dieta. CONCLUSÃO: Esses resultados são semelhantes aos verificados previamente em pesquisas realizadas em outras regiões do país.

PERFIL ETIOLÓGICO VIRAL NA DOENÇA OBSTRUTIVA DO TRATO RESPIRATÓRIO INFERIOR E FATORES ASSOCIADOS À RECORRÊNCIA DA SIBILÂNCIA

Carolina Valduga Bohrer, Sérgio Amantéa, Magali Lumertz e Adriana Becker

OBJETIVOS: Determinar a prevalência da etiologia infecciosa em lactantes admitidos em serviço de emergência pediátrica com quadro clínico presuntivo de doença obstrutiva do trato respiratório inferior e avaliar fatores de risco associados à recorrência da sibilância. MÉTODOS: Estudo transversal com coorte histórica alinhada, onde foram analisados 386 prontuários de lactentes menores de 2 anos admitidos na Sala de Observação Pediátrica do Hospital da Criança Santo Antônio, durante o período de maio de 2007 a julho de 2008 e com diagnóstico clínico de infecção respiratória associada à sibilância. PCR (reação em cadeia da polimerase) em tempo real foi a técnica realizada para o diagnóstico etiológico viral. Os testes de Mann-Whitney e qui-quadrado de Pearson foram utilizados para comparar as variáveis em questão. Para controlar fatores de confusão, a análise de Regressão Logística multivariada foi aplicada. RESULTADOS: Dos 386 pacientes analisados, 53,3% tiveram diagnóstico de Bronquiolite Viral Aguda (BVA) e 46,6% eram Lactentes Sibilantes (LS). Os pacientes LS são mais velhos comparados com os pacientes com diagnóstico de BVA (mediana, 3 versus 5). O agente etiológico mais prevalente é o Vírus Sincicial respiratório (VSR) em ambos os grupos. A presença de Rinovírus e Influenza A, entretanto, constituem- se como fatores de risco para a ocorrência de sibilância de repetição ($p < 0.05$). O aleitamento materno, somente, foi considerado fator de proteção (odds ratio, 0.53%; intervalo de confiança de 95%, 0.35-0.93). CONCLUSÃO: Considerando as duas principais formas de apresentação do processo obstrutivo na faixa etária: BVA e LS, existem diferenças no perfil das etiologias envolvidas. A presença de Rinovírus e Influenza A se constituem como fatores de risco para a ocorrência de sibilância de repetição. O aleitamento materno confere um fator de proteção.

USO DE CORTICOIDE NO TRATAMENTO DE BRONQUIOLITE AGUDA: AINDA UMA PRÁTICA FREQUENTE

Brena Silva dos Santos, Silvana Gomes Benzecry, Carolina Vertemati Cavalieri, Aline Cristiane Corte de Alencar, Kelly Cristina Carim da Costa e Renata Ribeiro Malheiros

INTRODUÇÃO: A bronquiolite é uma doença do trato respiratório inferior que ocorre comumente no primeiro ano de vida, caracterizada por alta morbidade e afeta aproximadamente uma em cada três crianças. As crianças são tratadas atualmente com uma variedade de terapias que podem ser ineficazes ou mesmo prejudiciais. As terapias potenciais incluem antibióticos, broncodilatadores, fisioterapia respiratória, adrenalina, glicocorticoides, hélio, solução hipertônica, imunoglobulina, corticosteroides inalatórios e oxigenioterapia. OBJETIVO: Verificar uso de corticoide em lactentes com diagnóstico de bronquiolite internados no Instituto da Criança do Amazonas (ICAM). MÉTODOS: Trata-se de um estudo observacional prospectivo em lactentes menores de 12 meses, no período de setembro de 2010 a março de 2011, internados no ICAM com diagnóstico de Bronquiolite aguda. Os pacientes foram acompanhados no primeiro e último dia de internação hospitalar, através protocolos específicos. Os pais ou responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. RESULTADOS: Foram selecionados 27 pacientes em que 59% eram do sexo masculino e 41% do sexo feminino. A média de idade e internação hospitalar foi de, respectivamente, 4,3 meses e 6,4 dias. Estavam em uso de corticoide no primeiro dia de internação hospitalar 96% dos lactentes. A corticoterapia foi feita em 67% dos pacientes por mais de 5 dias. Conclusão: Os achados desse estudo sugerem que a corticoterapia é uma pratica comum para tratamento de bronquiolite, apesar de vários estudos mostrarem que não há benefício em lactentes e crianças jovens no tratamento com corticoides sistêmicos, em comparação com placebo. Portanto, há uma necessidade de constante atualização médica, para que as crianças não sejam expostas desnecessariamente aos corticoesteroides.

SEGURANÇA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

INJÚRIAS NA INFÂNCIA: CAPACITAÇÃO DE CUIDADORES E EDUCADORES EM SUPORTE BÁSICO DE VIDA EM PEDIATRIA E DESOBSTRUÇÃO DE VIA AÉREA

Cecília Rotava Buratti, Árien Eliza Oldoni, Mariana Menegotto, Bianca Boff Sandi, Renata Steiner Bettiol e Sthephanie Schafer

INTRODUÇÃO: Injúrias na infância é uma das principais causas de mortalidade infantil no mundo, correspondendo a cerca de 950.000 óbitos por ano (1-4). No Brasil, acidentes e violência causam mais mortes que as principais doenças somadas, sendo que causas externas relacionam-se com 20 a 70% de todas as mortes infantis no país (5). Pela relevância do assunto, a OMS e a UNICEF lançaram um Relatório Mundial sobre Prevenção de Acidentes na Infância, reunindo estudos epidemiológicos, pesquisas, programas de capacitação e prevenção, sendo este dirigido a pesquisadores, especialistas em saúde pública, profissionais e acadêmicos (3). OBJETIVOS: Capacitação de educadores e cuidadores em suporte básico de vida e manejo de desobstrução de via aérea, visando reduzir morbimortalidade relacionada a injúrias na infância. MÉTODOS: A partir de aula ministrada por um pediatra emergencista e leitura e discussão de artigos científicos atualizados, realizamos oficina de treinamento prático em suporte básico de vida e manejo na desobstrução de via aérea para acadêmicos membros do CEPED (Centro de Estudos Pediátricos) com o auxílio de modelos humanos de borracha. Além disso, após revisão de condutas preconizadas, elaboramos algoritmos de fácil entendimento e embasados cientificamente para leigos contendo princípios básicos do suporte de vida e desobstrução de via aérea, os quais posteriormente foram entregues nas capacitações. Após esta primeira etapa, visitamos creches e escolas de educação infantil e realizamos a capacitação (teórica e prática) de educadores e cuidadores em suporte primário de parada cardiorrespiratória e primeiros socorros diante de obstrução de via aérea, uma vez que é de fundamental importância que pessoas que trabalham com crianças possuam tais conhecimentos. CONCLUSÃO: Pelo fato dos acidentes na infância serem muito frequentes e geradores de danos a curto e longo prazo, tais capacitações visam a alertar os profissionais da importância da conduta adequada diante deles, evitando medidas equivocadas. Quando bem executado, o manejo tem grande eficácia e sua não realização pode resultar em consequências graves.

TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

PERCEPÇÃO DOS PAIS EM RELAÇÃO À MORTE DE SEUS FILHOS

Gilda Abib El Halal, Crist Ine Nilson, Patricia Lago, Jefferson Piva, Roberta Lenz, Paulo Einloft, Michel El Halal, Pedro Celiny Garcia, Francisco Bruno, Felipe Cabral

OBJETIVO: Analisar a percepção dos pais de pacientes que morreram em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) em relação ao atendimento prestado pela equipe de saúde nos momentos que antecederam a morte das crianças. MÉTODOS: Estudo exploratório-descritivo, com uma abordagem qualitativa. Sujeitos: 15 pais de crianças que faleceram no período de abril a setembro de 2008 nas UTIP do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A coleta de dados foi realizada através de 3 etapas: (a) Os pesquisadores telefonaram para os pais para convidá-los a comparecer nos hospitais; (b) No hospital, os médicos que prestaram assistência às crianças esclareceram dúvidas em relação à terapia oferecida, exames e às decisões de final de vida; (c) Foi realizada uma entrevista semiestruturada, gravada em áudio, pelos pesquisadores que não participaram da assistência. RESULTADOS: A análise dos dados foi realizada através da técnica de análise de conteúdo temática. Os resultados demonstram que os pais sentem falta de um ambiente tranquilo onde possam realizar adequadamente as despedidas no momento da morte de seus filhos. Eles evidenciaram a solidariedade prestada pela equipe de enfermagem neste momento e ressaltaram o distanciamento da equipe médica. Retorna para discutir o processo de morte de seus filhos com a equipe médica foi considerada muito positiva. Os pais relataram que não participaram efetivamente na decisão de limitação de suporte vital, tendo na maioria das vezes apenas apoiado as decisões adotadas pela equipe. CONCLUSÃO: A pesquisa permite concluir que a dificuldade de comunicação entre equipe de saúde e pais é um fator que interfere negativamente nos processos de tomada de decisões de final de vida e de luto. Além disto, é ressaltada a importância de rediscussão do momento da morte dos filhos entre pais e equipe de saúde algum tempo após a morte.

PARTICIPAÇÃO DAS ENFERMEIRAS NAS DECISÕES DE LIMITAÇÃO DE VIDA EM UTI

Cristine Nilson, Jefferson Piva, Patricia Lago, Pedro Celiny Garcia, Paulo Einloft, Ana C. Vieira, Michel El Halal, Gilda Abib El Halal, Cecilia Korb, Cristian Tonial

OBJETIVO: Analisar a participação das enfermeiras nas decisões de limitação de suporte de vida (LSV), assim como o tratamento oferecido nas ultimas 24 horas de vida de crianças que

faleceram em duas UTI pediátricas de referência de nosso meio. MÉTODOS: O estudo foi baseado em (1) revisão do prontuário das crianças que faleceram em duas UTI pediátricas no período de seis meses, visando os cuidados médicos e de enfermagem ofertados nas últimas 24 horas de vida; (2) entrevista semiestruturada com a enfermeira que atendeu a criança nas horas que antecederam ao óbito. Foram definidos dois grupos de crianças: as que receberam reanimação cardiopulmonar (RCP) e aquelas não reanimadas (nRCP). RESULTADOS: Foram incluídos 34 óbitos, sendo 17 (50%) em cada grupo. O plano de não reanimar foi registrado em 10 dos 17 casos (59%). Somente 30% das enfermeiras referiram ter participado ativamente nas decisões de LSV e 80% delas concordavam com a decisão adotada pela equipe médica. Em 80% do grupo nRCP observou-se aumento das drogas vasoativas ou dos parâmetros do respirador nas últimas 24 horas. O trabalho de enfermagem medido pelo NAS score, não diferiu entre ambos grupos. CONCLUSÕES: Demonstramos que as enfermeiras brasileiras têm uma participação discreta nas decisões de Limitação de Suporte Vital em UTI pediátrica. Consequentemente, o cuidados oferecidos nas últimas horas de vida em criança com doenças terminais, muitas vezes, não são dirigidas primariamente ao alívio de sofrimento e dor.

DIRETORIA ASSOCIAÇÃO GAÚCHA DE PEDIATRIA – Gestão 2009/2011

Presidente | Jose Paulo Vasconcellos Ferreira
1º Vice-Presidente | Carlos Eduardo Nery Paes
2º Vice-Presidente | Érico Jose Faustini
Secretário - Geral | Rita de Cassia Silveira
1º Secretário | Cristina Helena Targa Ferreira
2º Secretário | Breno Fauth de Araújo
1º Tesoureiro | Eduardo Jaeger
2º Tesoureiro | Marcelo Pavese Porto
Conselho Fiscal | Lauro Luís Hagemann | Paulo Roberto Antonacci Carvalho | Juarez Cunha
Suplentes ao Conselho Fiscal | Alfredo Floro Cantalice Neto | Dilton Francisco de Araújo | Humberto Antônio Campos Rosa

Regionais
Escritório Regional Noroeste| Arnaldo Carlos Porto Neto | Oromar Vasconcelos Suertegaray
Escritório Regional Nordeste | Breno Fauth de Araújo | Darci Luiz Bortolini
Escritório Regional Centro Ocidental | José Carlos Diniz Barradase | Beatriz Silvana da Silveira Porto
Escritório Regional Centro Oriental | Fabiani Waechter Renner | Luciane Orlandini
Escritório Regional Sudoeste | Adalberto Rosses | Ana Maria Schmitt de Clausell
Escritório Regional Sudeste | José Aparecido Granzotto | Nildo Eli Marques Davila

Diretor de Patrimônio | Eduardo Jaeger
Diretora Científico e Coordenação Comitês | Patricia Miranda do Lago
Diretoria de Defesa Profissional | Marcelo Pavese Porto | Ilson Enk | Lucia Diehl da Silva
Clecio Homrich da Silva | Danilo Blank | Ercio Amaro de Oliveira Filho | João Carlos Batista Santana |
Luiz Fernando Loch | Paulo de Jesus Hartmann Nader | Ricardo Halpern
Assessor da Presidência | Suzane Cerutti Kummer
Programa Educação Permanente em Pediatria | Carlos Humberto Bianchi e Silva |
Ricardo Sukiennik | Ignozy Dorneles Jornada Junior
Editor Jornal SPRS | Marcelo Pavese Porto | Ricardo Sukiennik
Editor Boletim Científico | Cristiano do Amaral de Leon | Ignozy Dorneles Jornada Junior
Curso de Reanimação Neonatal | Eduardo Jaeger | | Paulo Roberto Mousquer Kunde
Curso de Reanimação Pediátrica| Luiz Fernando Loch
Coordenação da Rede Gaúcha de Neonatologia| Célia Maria Boff de Magalhães | Ivana Rosangela Santos Varella

Mensagem da Presidente do Congresso

Colegas pediatras:

É com alegria que damos as boas-vindas aos participantes do IV Congresso Gaúcho de Atualização em Pediatria e ao II Simpósio Sul-Americano de Pediatria. As três edições anteriores deste congresso consolidaram um modelo de sucesso de um evento que visa a atualização de nossos pediatras.

Finalmente, chegou a data de nosso Congresso Gaúcho, que continua no mesmo estilo, com modificações realizadas sempre para melhorar! Seguimos com sala única, com sessões de "pergunte ao professor", com os temas escolhidos por vocês em pesquisa prévia e com a possibilidade de reencontros com os colegas. Haverá também uma área para apresentação de temas livres e vários excelentes cursos pré-congresso. Neste ano de 2011, temos a novidade da publicação dos anais do congresso numa edição especial da Revista AMRIGS.

O Congresso oportuniza aos pediatras aprofundar alguns conhecimentos em prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças infantis, assim como a abordagem integral das crianças e adolescentes.

Os temas foram elaborados com o objetivo de atualizar os assuntos do atendimento pediátrico, com suas implicações práticas. Este ano teremos novamente convidados estrangeiros, da América do Sul, que virão para trocar experiências.

Entre os temas de maior relevância científica, teremos conferências importantes sobre a epidemia dos prematuros, os desafios pediátricos, as perspectivas imediatas das células tronco em neuropediatria, os transtornos psiquiátricos e os de comportamento das crianças, e muitos outros temas relevantes no dia a dia do pediatra.

Teremos a entrega de prêmios aos três melhores temas livres, que serão escolhidos entre todos os trabalhos enviados.

Dedicamos todo nosso esforço para oferecer a vocês um congresso proveitoso e cheio de novidades científicas.

O Congresso é de vocês. Aproveitem!

Cristina Targa Ferreira
Presidente do IV Congresso Gaúcho de Pediatria
e II Simpósio Sul-Americano de Pediatria

Atualização científica e defesa profissional

O IV Congresso Gaúcho de Atualização em Pediatria celebra notáveis avanços de uma especialidade ao agregar novos conhecimentos, consolidar fundamentos científicos estabelecidos, incorporar inovações de especialidades pediátricas e fortalecer as ações das entidades voltadas a defender e promover as boas práticas da pediatria em nosso estado e nosso país. A Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul, sintonizada com a Sociedade Brasileira de Pediatria, sente-se orgulhosa ao viabilizar mais uma edição de um evento que alcançou dimensões de uma consagração sequer imaginada pelo pequeno grupo de diretores que organizaram a primeira edição, em 2008. Hoje, o congresso é continental e recebe o apoio de diversas sociedades de pediatria de países vizinhos.

A atualização científica constitui o núcleo do evento, mas as suas finalidades transcendem este aprimoramento. Um congresso projetado para reunir mais de mil participantes se insere inevitavelmente nos preceitos da Doutrina Pediátrica, que envolve a Defesa Profissional dos médicos e da especialidade dedicados a promover a saúde e lidar com as morbidades das crianças e adolescentes do nosso país.

E a Pediatria alcançou uma visibilidade na mídia que pode significar um "grito de alerta" para despertar na sociedade como um todo e nos organismos governamentais a consciência de que as precárias condições de trabalho e a remuneração indigna ofertadas aos pediatras conduzirão inevitavelmente à falência completa de qualquer sistema de saúde, público ou privado.

A Sociedade Brasileira de Pediatria, com suas filiadas, tem conduzido diversas ações junto ao Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde, Prefeituras Municipais, Operadoras de Planos de Saúde e Cooperativas Médicas no sentido de valorizar o trabalho do pediatra, tanto em termos de condições básicas para um exercício pleno da profissão como na necessária contrapartida remuneratória, muitas vezes aviltada e indigna. Muito há ainda por fazer, mas as perspectivas são favoráveis, sobretudo quando vislumbramos a atuação forte de entidades como o Conselho Federal de Medicina, os conselhos regionais, a Federação Nacional dos Médicos, os sindicatos médicos e as associações médicas.

Agregar forças e mobilizar colegas são os ingredientes vitais para reverter o quadro atual.

A Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul evoca um exemplo emblemático que serve de alento em época de tanto ceticismo. Em 2008, nomeou representantes atuantes no Comitê Técnico de Pediatria da Unimed Porto Alegre. Com o respaldo da V Edição da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos e após exaustivas negociações, este comitê, que é pareado com representantes da cooperativa, obteve histórica conquista ao incorporar no Atendimento Ambulatorial de Puericultura uma remuneração significativamente diferenciada. O resultado foi cristalino: em 2010, o faturamento dos pediatras da Unimed Porto Alegre ultrapassou em mais de 11% o valor obtido em 2009. No ano em curso, as cifras estão ainda mais alentadoras.

A Diretoria de Defesa Profissional da Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul, composta também pelo Dr. Marcelo Porto e Dra. Lucia Diehl da Silva, desejam a todos um excelente Congresso. Lembra que todos devem permanecer atentos e mobilizados frente às iniciativas das entidades médicas empenhadas em valorizar e dignificar o trabalho médico. As leis de mercado são pétreas ao ditarem que a falta de profissionais, conjugada com a sua mobilização, concorrem para elevar a sua remuneração.

Para finalizar, a Diretoria de Defesa Profissional cumprimenta o presidente da SPRS, Dr. José Paulo Ferreira, o vice-presidente, Dr. Carlos Eduardo Neri Paes, e os colegas diretores que proporcionaram mais esta edição do Congresso Gaúcho de Pediatria, fruto de muito esforço e competência: Dra. Cristina Targa Ferreira, Dra. Patrícia Lago, Dr. Jefferson Piva, Dr. Marcelo Porto, Dr. Ricardo Halpern, Dra. Helena Muller, Dra. Cristiane Traiber, Dra. Rita de Cássia Silveira, Dr. Eduardo Jaeger e todos os demais organizadores do evento que consolida a importância do pediatra gaúcho no cenário nacional da especialidade.

Dr. Ilson Enk

Diretor de Defesa Profissional da SPRS

A pediatria Brasileira no século XXI

Em 1977, Ken Olson (Presidente da *Digital Equipment Corp*) prognosticava: "Não via razão alguma para alguém querer possuir um computador em casa". Menos de uma década após, caía por terra esse prognóstico. É de se perguntar como alguém com tamanho conhecimento e experiência em informática não conseguiu prever que os computadores pessoais se tornariam, em curto prazo, peças fundamentais para as famílias em todo o mundo. Conclui-se que prever o futuro é uma tarefa arriscada e sujeita a erros grosseiros, mesmo para aqueles que conhecem detalhadamente o assunto.

No campo da saúde, a previsão do futuro pode ser baseada na identificação de novos desafios. Nesse particular, o Brasil vem apresentando profundas mudanças no cenário econômico nos últimos 40 anos e com reflexos nos indicadores de saúde, especialmente na área pediátrica: a) entre 1970 e 2009, reduziu a mortalidade infantil de 115 para 19 em cada 1000 nascidos vivos; b) erradicou doenças como sarampo, varíola e difteria; c) ampliou a cobertura vacinal; d) consolidou políticas de aleitamento materno e hidratação oral; e)reduziu a desnutrição e a incidência da doença diarreica, entre outras. Entretanto, para atingirmos a nação que todos almejamos, novas barreiras e novos desafios devem ser ultrapassados, tais como:

Enfrentamento da mortalidade neonatal, responsável por 50 a 60% dos óbitos no 1º ano de vida. A grande maioria dessas mortes ocorre na primeira semana de vida seguida de uma mortalidade tardia decorrente de doenças congênitas. Evidentemente, além das medidas preventivas (acompanhamento pré-natal), deve-se prover uma rede de assistência neonatal com hospitais de referência para partos de maior risco, com UTI neonatais e pediatras neonatologistas em suficiente número para tal demanda. Atenta a esse problema, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) aumentou para dois anos o tempo de residência em neonatologia e realiza anualmente a prova de conhecimentos para titulação em neonatologia. Resta cobrar uma política de aumento do número de leitos neonatais proporcionais às necessidades de cada região. Deve-se reverter a enorme carência de leitos em hospitais secundários e terciários em nosso país, elegendo uma distribuição racional (estratégica) de unidades neonatais de grande porte e de referência em cada região.

Adolescência com prioridade. Há mais de duas décadas a adolescência foi definida pela SBP como área da pediatria. Entretanto, pode-se afirmar que os pediatras brasileiros, até esse momento, não foram treinados e/ou instrumentalizados para assumir desafio. Observa-se uma prevalência crescente de doenças crônicas na adolescência com elevado grau de morbidade, tais como obesidade/ síndrome metabólica (13%), diabetes (5,7%), asma (10%), doenças reumáticas, autoimunes, oncológicas e outras, que exigem um acompanhamento por pediatra experiente e seguro no manejo de tais doenças. A habilitação do pediatra nessas áreas demanda tempo, integração com outras especialidades (clínica médica, oncologia, endocrinologia, etc.) e, por consequência, uma ampliação no tempo de formação (residência médica).

Outro dado alarmante é o elevado número de gestações entre adolescentes. Em 2008, estimou-se que 20% dos recém-nascidos no Brasil eram de mães adolescentes. Caracteristicamente, partos com maior morbidade e mortalidade neonatal. Aliado a esse fato, observou-se no mesmo ano que 20% de todas as gestações eram indesejadas, com uma incidência muito maior entre adolescentes. Consequentemente, a taxa de abortos (clandestinos) é elevadíssima nessa faixa etária, com uma morbimortalidade também elevada. No mesmo ano, estimou-se em um milhão o número de abortos realizados no Brasil, para um total de três milhões de nascimentos. O ginecologista e o obstetra acabam participando desse processo em uma etapa tardia, com a gestação já em andamento. Assim, o profissional que tem a chance de mudar esse ciclo perverso é o pediatra, por seu contato frequente com sua clientela, através de uma atuação educacional preventiva (orientação sobre prática de sexo seguro) e intervenção médica, com a identificação e prescrição do método anticoncepcional mais adequado e seguro para aquela paciente. Evidentemente, necessitará ser adequadamente treinado e habilitado para tal desafio.

Desafios éticos em pediatria. Cuidados paliativos, terminalidade, anticoncepção, prática sexual na adolescência, aborto, uso de álcool e drogas são temas que vêm sendo incluídos progressivamente na agenda pediátrica, sem que tenhamos tido treinamento e tampouco incorporado as devidas noções teóricas mínimas que envolvem tais dilemas. A premência dos fatos não permite maiores postergações, por isso, tais assuntos devem ser considerados prioritários no treinamento dos atuais programas de residência em pediatria.

Pacientes com necessidades especiais: reabilitação, home care e qualidade de vida. À medida que aumentamos a sobrevida em uma série de doenças, paralelamente, aumentamos também o número de crianças e adolescentes com necessidades especiais (p.ex.: fibrose cística, sequelas neurológicas, doenças metabólicas, transplantes). Não é viável que cada pediatra se torne experiente com cada uma dessas doenças.

Entretanto, em cada estado ou região é necessário que se desenvolvam centros de cuidados para reabilitação e melhora na qualidade de vida das diferentes doenças. Esse foi o modelo instituído pelos hospitais da rede Sara para tratar pacientes com graves sequelas de trauma e isso pode, perfeitamente, ser ampliado e extrapolado para pacientes com sequelas neurológicas, dependentes de ventilação mecânica, sequelas respiratórias, entre outras. Portanto, estamos trocando leitos hospitalares pediátricos gerais por leitos especializados para populações pediátricas específicas. Algumas iniciativas isoladas em vários estados brasileiros demonstram a eficácia de tal inciativa.

Por sinal, a eficácia de nossas futuras intervenções necessita ser expressa através de índices mais sensíveis. Pois, a mortalidade isoladamente não consegue refletir ou acompanhar de maneira sensível a evolução da saúde da criança e do adolescente já nos dias atuais. Indicadores que expressem a qualidade de vida, a reabilitação, a inclusão social, a produtividade, a contribuição social devem ser desenvolvidos para nortear as ações da pediatria no início desse século XXI.

Prof. Dr. Jefferson Piva

Professor dos Departamentos de Pediatria da UFRGS e PUCRS. Chefe da UTI Pediátrica do H. São Lucas da PUCRS. Chefe do Serviço de Emergência do HCPA.

Programa

Quarta-feira, 06 de julho de 2011

08:00 Curso Pré-Congresso / Sala 608
Capacitação em Desenvolvimento e Comportamento da Criança
Promoção do desenvolvimento normal
Antecipatory guidance
Intervenção precoce
A criança vulnerável - fatores de risco e proteção
Métodos de triagem
O que identificar? quadros clínicos mais comuns
Treinamento em métodos de triagem
Discussão de casos clínicos

08:00 Curso Pré-Congresso / Sala 606
Endocrinologia para pediatras
Diagnóstico e manejo do diabete mellitus
Diagnóstico e tratamento da baixa estatura
Hipotireoidismo na infância
Hipoglicemias na infância
Puberdade normal e patológica
Dislipidemia na infância
A criança nascida pequena para idade gestacional
Diabete tipo 2 e resistência insulínica

08:00 Curso Pré-Congresso / Sala 609
Oftalmologia para pediatras
Ametropias
Estrabismo e ambliopia
Obstrução de via lacrimal
Conjuntivites
Propranolol no tratamento dos hemangiomas de face
Retinopatia da prematuridade
Teste do olhinho
Prevenção da cegueira infantil e estimulação visual precoce

08:00 Curso Pré-Congresso / Sala 607
Ortopedia para pediatras: queixas comuns na prática diária
Problemas da coluna vertebral
Problemas dos membros superiores
Problemas dos membros inferiores
Diagnóstico clínico e radiográfico das deformidades e malformações mais frequentes
Panorama geral, diagnóstico e tratamento das fraturas em crianças
Perguntas e discussão sobre todos os temas abordados e outros de interesse da Ortopedia Pediátrica

14:00 Curso Pré-Congresso / Sala 607
Curso prático de Radiologia
Lesões ósseas elementares
Alterações mais comuns na radiografia de tórax da criança
Alterações mais comuns na radiografia de abdome da criança
Lesões elementares mais frequentes na tomografia computadorizada de crianças

14:00 Curso Pré-Congresso / Sala 609
Odonto para pediatras
O processo de formação e erupção dentária e suas anomalias
O que fazer frente as urgências odontopediátricas?
O respirador bucal no nosso consultório. Como ajudar?
Maloclusão em odontopediatria: uso da ortopedia funcional dos maxilares e ortodontia

14:00 Curso Pré-Congresso / Sala 606
Otorrino para pediatras
Simplificando a otoscopia e seus diagnósticos
É realmente sinusite?
OMA: tratamento e suas controvérsias
Ainda se operam amígdalas e adenoides?
Otite externa: atualização e importância
Tubos de ventilação (drenos): solução ou problema?
Por que falham os sprays nasais?

Quinta-feira, 07 de julho de 2011

08:30 Mesa Redonda / Sala 1
Infecções em Pediatria
Coordenador: Fabrízio Motta (Brasil/RS)
Novas vacinas
Palestrante: Juarez Cunha (Brasil/RS)
Pneumonias comunitárias: o que mudou?
Palestrante: Marcelo Comerlato Scotta (Brasil/RS)
Coqueluche na criança
Palestrante: Ana Cristina Mariño Drews (Colômbia)

09:30 Sessão / Sala 1 / Pergunte ao Professor

10:00 Intervalo

10:30 Mesa Redonda / Sala 1
Gastro
Coordenador: Matias Epifanio (Brasil/RS)
Doença colestática na infância
Palestrante: Margarita Ramonet (Argentina)
Alergia ao leite: o manejo pelo pediatra
Palestrante: Elisa Carvalho (Brasil/DF)
Probióticos: qual a evidência?
Palestrante: Sandra Maria Gonçalves Vieira (Brasil/RS)

11:30 Sessão / Sala 1 / Pergunte ao Professor

12:00 Simpósio Satélite / Sala 1

14:00 Palestra / Sala 1
Epidemiologia
Presidente de mesa: Cristina Targa Ferreira (Brasil/RS)
Epidemia de pré-termos
Palestrante: Fernando C. Barros (Brasil/RS)

14:30 Mesa Redonda / Sala 1
Desafios Pediátricos
Coordenador: Carlos Eduardo Nery Paes (Brasil/RS)
A pediatria no novo milênio: perspectivas
Palestrante: Jefferson Piva (Brasil/RS)
Novos horizontes em oncologia pediátrica
Palestrante: Cláudio Galvão de Castro Junior (Brasil/RS)
Uso de antitérmicos: quando e como
Palestrante: Danilo Blank (Brasil/RS)

15:30 Sessão / Sala 1 / Pergunte ao Professor

16:00 Intervalo / Sala 1

16:30 Simpósio Satélite – Abbott / Sala 1

17:30 Mesa Redonda / Sala 1
Cardiologia
Coordenador: Helena Muller (Brasil/RS)

Doença de Kawasaki
Palestrante: Patricia Barrios (Brasil/RS)
Sopro na infância: quando é "inocente"?
Palestrante: Estela Suzana Horowitz (Brasil/RS)
Por que a medida da TA deve ser rotina na consulta pediátrica?
Palestrante: Lucia Campos Pellanda (Brasil/RS)

18:30 Sessão / Sala 1 / Pergunte ao Professor

Sexta-feira, 08 de julho de 2011

08:00 Mesa Redonda / Sala 1
Otorrinolaringologia
Coordenador: Otávio Piltcher (Brasil/RS)
Otite média aguda: antibiótico nunca ou sempre?
Palestrante: José Faibes Lubianca Neto (Brasil/RS)
Faringotonsilites: papel do otorrino
Palestrante: Maria Beatriz Rotta Pereira (Brasil/RS)
Rinossinusite Aguda: viral ou bacteriana?
Palestrante: Berenice Dias Ramos (Brasil/RS)

09:00 Sessão / Sala 1 / Pergunte ao Professor

09:30 Conferência / Sala 1
Dengue
Presidente de mesa: Cristiane Traiber (Brasil/RS)
Conferencista: Sérgio Gama (Brasil/RJ)

10:00 Intervalo

10:30 Mesa Redonda / Sala 1
Emergência – UTI
Coordenador: João Ronaldo Mafalda Krauzer (Brasil/RS)
Reconhecimento e tratamento do choque
Palestrante: Pedro Celiny Ramos Garcia (Brasil/RS)
Terapia hídrica de manutenção: o que se recomenda
Palestrante: Alicia Maria Fernandez Fernandez (Uruguai)
Trauma craniano: tratamento na SE e UTIP
Palestrante: Sérgio Gama (Brasil/RJ)

11:30 Sessão / Sala 1 / Pergunte ao Professor

12:00 Simpósio Satélite – Nestlé / Sala 1

14:00 Palestra / Sala 1
Perspectivas imediatas de células tronco em neuropediatria
Presidente de mesa: Jefferson Piva (Brasil/RS)
Palestrante: Jaderson Costa da Costa (Brasil/RS)

14:30 Mesa Redonda / Sala 1
Neurologia
Coordenador: Rudimar Riesgo (Brasil/RS)
Epilepsia de difícil controle
Palestrante: Marta Hemb (Brasil/RS)
Cirurgia da epilepsia: quando e por quê?
Palestrante: Eliseu Paglioli Neto (Brasil/RS)
Cefaleia na criança
Palestrante: Liselotte Menke Barea (Brasil/RS)

15:30 Sessão / Sala 1 / Pergunte ao Professor

16:00 Intervalo

16:30 Mesa Redonda / Sala 1
Desenvolvimento
Coordenador: José Paulo Ferreira (Brasil/RS)
Crianças com necessidades especiais
Palestrante: Ricardo Halpern (Brasil/RS)
Autismo
Palestrante: Fábio Mello Barbirato Nascimento Silva (Brasil/RJ)
Déficit de atenção
Palestrante: Luis Augusto Paim Rohde (Brasil/RS)

17:30 Sessão / Sala 1 / Pergunte ao Professor

Sábado, 09 de julho de 2011

08:00 Mesa Redonda / Sala 1
Pneumologia
Coordenador: Elenara da Fonseca Andrade Procianoy (Brasil/RS)
Pneumonia não responsiva ao tratamento
Palestrante: Paulo Maróstica (Brasil/RS)
Asma: manejo da intercrise
Palestrante: Paulo Márcio Condessa Pitrez (Brasil/RS)
Bronquiolite viral aguda: o que há de novo?
Palestrante: José Castro Rodriguez (Chile)

09:00 Sessão / Sala 1 / Pergunte ao Professor

09:30 Conferência / Sala 1
Pneumologia
Presidente de mesa: Gilberto Fischer (Brasil/RS)
Asma aguda na emergência
Conferencista: José Castro Rodriguez (Chile)

10:00 Intervalo

10:30 Mesa Redonda / Sala 1
Neonatologia
Coordenador: Desiree de Freitas Valle Volkmer (Brasil/RS)
Nutrição do pré-termo após a alta
Palestrante: Rita de Cassia Silveira (Brasil/RS)
Sepse neonatal
Palestrante: Renato Soibelmann Procianoy (Brasil/RS)
Manejo das Icterícias no período neonatal
Palestrante: Marcelo Pavese Porto (Brasil/RS)

11:30 Sessão / Sala 1 / Pergunte ao Professor

12:00 Intervalo

14:00 Conferência / Sala 1
Identificação precoce de transtornos psiquiátricos na infância
Presidente de mesa: Erico José Faustini (Brasil/RS)
Conferencista: Fábio Mello Barbirato Nascimento Silva (Brasil/RJ)

14:30 Mesa Redonda / Sala 1
O Cenário atual da pediatria na América Latina
Coordenador: Eduardo da Silva Vaz (Brasil/RJ)
Sociedade de Pediatria da Colombia
Palestrante: Ana Cristina Mariño Drews (Colômbia)
Sociedade de Pediatria do Uruguai
Palestrante: Alicia Maria Fernandez Fernandez (Uruguai)
Sociedade de Pediatria da Argentina
Palestrante: Margarita Ramonet (Argentina)
Discussão

16:00 Intervalo

16:30 Mesa Redonda / Sala 1
Problemas urinários na infância
Coordenador: Anelise Uhlmann (Brasil/RS)
Protocolo atual de investigação e tratamento da infecção do trato urinário
Palestrante: Clotilde Druck Garcia (Brasil/RS)
Alterações anatômicas e funcionais do trato urinário: o que fazer?
Palestrante: Nicolino César Rosito (Brasil/RS)
Retirando as fraldas na hora certa
Palestrante: Denise Marques Mota (Brasil/RS)

17:30 Encerramento / Sala 1
Entrega dos prêmios dos três melhores trabalhos e relatório do fórum

Novas vacinas

Juarez Cunha

Especialistas no assunto dizem que as vacinas serão o segmento do ramo farmacêutico que mais vai crescer nos próximos anos.

Necessidades e vantagens de novas vacinas:

- Prevenção *versus* diagnóstico e tratamento – custo benefício;
- Em geral eficazes e protetoras por longo prazo;
- Em geral muito seguras;
- Benefícios individuais e coletivos – imunidade coletiva.

As principais novidades em relação à produção de novas vacinas incluem: vacinas de DNA, vacinologia reversa, prime boost, imunoterapia, vetores não replicantes, vacina de mucosa e novos adjuvantes.

Segundo a OMS, existem mais de 2.500 trials em andamento que envolvem vacinas. A seguir, alguns exemplos de vacinas que estão em diferentes fases de pesquisa:

- Bacterianas: Streptococo do grupo A e B, Pneumococo, Meningococo, Hi não tipado, Pseudomonas, Micobacterias (TB);
- Virais: VSR, HIV, Influenza, EBV, Herpes, Dengue, West Nile/arboviroses, Hepatites (C e E), CMV;
- Fungos: Candida, Criptococo, Blastomyces;
- Parasitas/Doenças tropicais: Malária, Hanseníase, Esquistosomose, Amebíase, Leishmaniose, Filariose;
- Doenças não infecciosas: Neoplasias, doenças reumáticas.

Porém, não podemos falar de novas vacinas se várias delas, já disponíveis e há muito tempo recomendadas pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), pela Associação Brasileira de Imunizações (SBIm), e mesmo pelo Ministério das Saúde (MS), ainda são subutilizadas. A seguir alguns exemplos.

• Vacinas contra o pneumococo: recentemente a vacina conjugada 10 valente foi incluída no calendário do MS para crianças até os 2 anos. É importante salientar que outra vacina conjugada, a 13 valente, está licenciada no Brasil até os 5 anos e nos EUA, além de ser recomendada pelo CDC uma dose adicional para crianças até essa idade que tinham recebido a vacina 7 valente, também é indicada para crianças com situações de risco até os 6 anos e em imunodeprimidos até os 18 anos. Lembrar também da vacina polissacarídica 23 valente que tem como indicação pessoas com fatores de risco para a bactéria, a partir dos 2 anos de idade.

• Vacina contra o meningococo: também recentemente a vacina meningocócica conjugada C foi incluída no calendário do MS para crianças até os 2 anos. Essa vacina pode ser utilizada em qualquer idade. Em breve, teremos disponível em nosso meio a vacina meningocócica conjugada A/C/Y/W135, com ótima proteção para sorotipos que estão aumentando de importância no Brasil e no mundo, principalmente entre adolescentes.

• Vacina contra a gripe: a campanha do MS, além de outros grupos, na faixa pediátrica priorizou a vacina para crianças de 6 meses a 2 anos. O CDC e a SBIm indicam a vacina praticamente para todas as pessoas, ou seja, de indicação universal.

• Vacina tríplice bacteriana acelular: vacina com possibilidade muito menor de causar eventos adversos se comparada com a vacina com o componente pertussis de células inteiras. É colocada como opcional pela SBP e única recomendada pelo CDC. Outra vacina acelular para uso em adolescentes e adultos (dTap), pelo aumento mundial da incidência da coqueluche, está cada vez mais se tornando uma melhor opção para os reforços em substituição à dupla adulto.

• Vacina inativada contra a poliomielite: por ser inativada, não tem como causar paralisia vacinal, evento adverso raro que pode acontecer com a vacina oral de vírus vivos atenuados. É colocada como opcional pela SBP e única recomendada pelo CDC.

• Vacina contra o Hib: é necessária a dose de reforço após 1 ano de idade? Especialistas sugerem que, como todas as vacinas conjugadas, a resposta é sim. O CDC e a SBIm recomendam o reforço.

• Vacina contra a hepatite B: baixíssimas coberturas em adolescentes, exatamente em uma idade de risco para a transmissão sexual.

Vacinas não disponíveis na rotina da rede básica de saúde:

• Vacina contra a hepatite A: indicada para todas as crianças a partir de 1 ano de idade, em duas doses, com

6 meses de intervalo entre elas. Dentro das vacinas atualmente utilizadas, é considerada uma das mais seguras e eficazes. Raramente causa evento adverso e confere proteção rapidamente, com uma eficácia de 100% após 15 dias da primeira dose. Pode ser utilizada na pós-exposição dentro de 14 dias.

• Vacina contra a varicela: indicada para todas as crianças a partir de 1 ano de idade, em duas doses. A primeira aos 12-15 meses de idade e a segunda entre 4-6 anos. Por ser composta de vírus vivo atenuado, lembrar das contraindicações, principalmente em imunodeprimidos. Pode ser utilizada na pós-exposição à doença dentro de até 5 dias. Recentemente foi licenciada no Brasil a vacina tetraviral (sarampo+rubéola+caxumba+varicela) para utilização dos 12 meses aos 12 anos. Opção segura e eficaz, diminuindo o número de picadas.

• Vacina contra o papilomavirus humano (HPV): principal causador de câncer de colo de útero. Indicada para meninas, de preferência aos 11 ou 12 anos de idade, antes da vida sexual ativa. Temos duas vacinas disponíveis, uma delas protegendo contra os HPV 16 e 18 e outra contra 6, 11, 16 e 18. As vacinas estão licenciadas no Brasil dos 9 aos 26 anos ou dos 10 aos 25, dependendo do laboratório produtor, podendo ser utilizadas nessas faixas etárias. Recentemente o Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) do CDC, passou a orientar que a vacina quadrivalente pode ser utilizada em meninos/homens dos 9 aos 26 anos com o objetivo de proteção em relação às verrugas genitais (condilomas). Além disso, se espera para breve a liberação dessas vacinas em outras faixas etárias e situações, como, por exemplo, em imunodeprimidos.

Pneumonias comunitárias: o que mudou?

Marcelo Scotta

A pneumonia comunitária persiste sendo uma importante causa de morbimortalidade na infância em todo o mundo. Entretanto, os estudos epidemiológicos foram, em sua maioria, publicados nas décadas de 70 e 80, revelando incidência 35-40/1.000 em menores de 5 anos, 20/1.000 entre 5 e 10 anos e 10/1.000 em maiores de 10 anos, com hospitalização de até 50%, dependendo da faixa etária. No tocante à etiologia, também são raros os estudos publicados na última década, cujos resultados reafirmam o *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) como principal causa de pneumonia comunitária em todas as idades. Entretanto, os demais achados são variáveis de acordo com o desenho do estudo, a faixa etária estudada, a severidade dos pacientes selecionados e o tipo de testes realizados na busca pela etiologia. Em estudos apenas com paciente hospitalizados, o *Streptococcuus pneumoniae* é responsável por cerca de 35-45% dos casos, com o *Mycoplasma pneumoniae* acometendo cerca de 10-15% e o Vírus Respiratório Sincicial responsável por 13 a 29% dos casos. No entanto, a detecção de antígenos virais ou PCR para vírus respiratórios revela, com frequência, infecções virais mistas ou virais e bacterianas simultaneamente, sugerindo que muitas vezes os vírus podem apenas preceder uma pneumonia bacteriana sem haver uma relação causal direta. Na última década, foram descobertos dois novos agentes virais causadores de pneumonias na infância, o Metapneumovírus e o Bocavírus. Em relação ao primeiro, os estudos publicados sugerem que este seja o agente causador de 5-8% das pneumonias comunitárias, sendo muito semelhante ao Vírus Sincicial Respiratório em relação à sua epidemiologia, quadro clínico e laboratorial. O Bocavírus humano esteve presente em 5-14% das pneumonias comunitárias investigadas, com mais de 65% de coinfecções, sendo o seu papel na etiologia ainda não bem esclarecido. As manifestações clínicas da pneumonia comunitária também não têm sido abordadas, recentemente, por grande número de estudos. Contudo, consolidam-se as evidências de que os quadros clínico, radiológico e laboratorial não são, na maioria das vezes, suficientemente sensíveis para diferenciar as etiologias virais, pneumocócicas e atípicas, podendo dificultar a escolha da terapia. A penicilina persiste como a droga de escolha para as infecções pneumocócicas, visto que a concentração da droga é elevada no tecido pulmonar, sendo eficaz mesmo contra cepas com resistência intermediária. No entanto, a resistência do pneumococo aos macrolídeos tem aumentado, o que pode inviabilizar uma terapia única para os dois agentes bacterianos mais prevalentes. Devido à escassez de renovação do conhecimento médico relacionado a este importante tema, há necessidade urgente de novos estudos sobre a epidemiologia, etiologia, quadro clínico e tratamento de pneumonias comunitárias em crianças.

Alergia Alimentar

Elisa de Carvalho

Introdução

A alergia alimentar (AA) é um tema importante em pediatria, pois pode se associar à importante morbidade, com impacto negativo na sobrevida e na qualidade de vida da criança, se não for tratada adequadamente. Trata-se de uma reação adversa à proteína alimentar, mediada por mecanismos imunológicos.

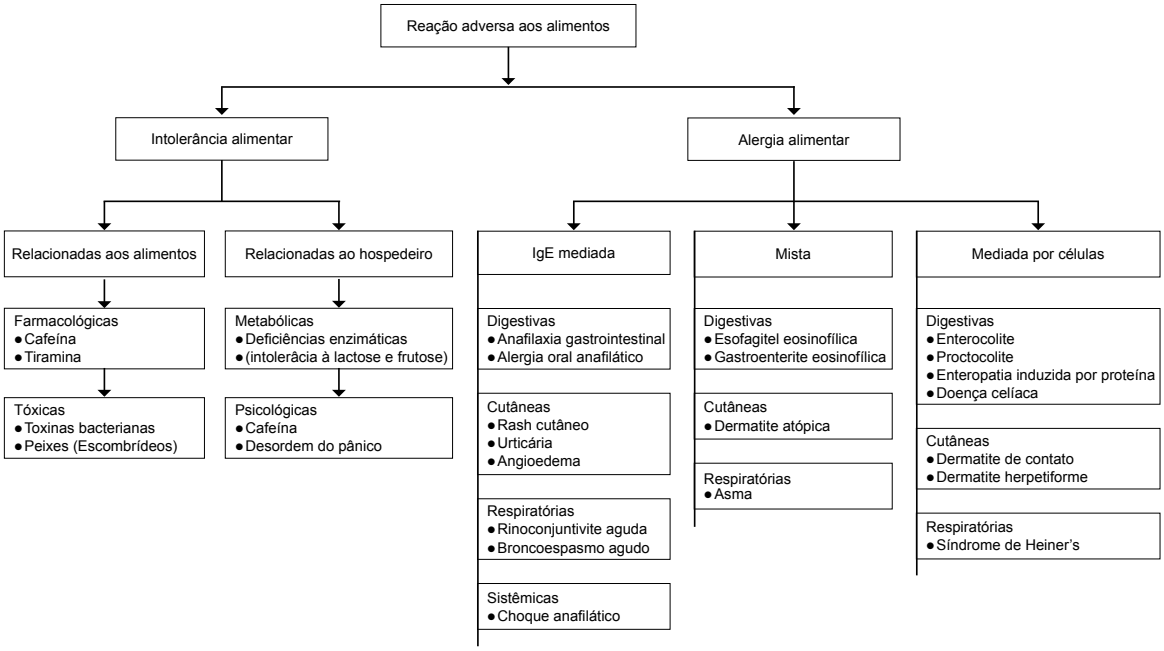
A reação adversa ao alimento consiste em resposta clínica anormal, desencadeada pela ingestão de um alimento, sendo classificada em alergia e intolerância. A alergia alimentar é decorrente de mecanismos imunológicos, IgE e não IgE mediados. As reações de intolerância são decorrentes das propriedades inerentes dos alimentos (contaminantes tóxicos ou componentes farmacologicamente ativos) ou das características dos hospedeiros (desordens metabólicas, reações idiossincrásicas ou psicológicas). A Figura 1 ilustra estes conceitos.

Muitas vezes os casos de intolerância alimentar se confundem com os de alergia, o que pode superestimar o diagnóstico de AA pelos pacientes e suas famílias. Por outro lado, a possibilidade de alergia à proteína ao leite de vaca (APLV) é muitas vezes esquecida nos cuidados primários da criança, o que atrasa o diagnóstico, trazendo prejuízos para os pacientes. Assim, deve-se buscar o diagnóstico correto, tanto para evitar que os pacientes façam restrição alimentar desnecessária, como para propiciar que as crianças sensibilizadas sejam tratadas precocemente e, desta forma, não sofram as consequências da alergia alimentar, que vão desde o déficit de crescimento até as condições que ameaçam a vida.

Epidemiologia

A prevalência da alergia alimentar é difícil de ser estabelecida, pois os estudos publicados aplicam diferentes critérios de inclusão, definições e métodos diagnósticos. Apesar das dificuldades diagnósticas, sabe-se que a prevalência da AA é maior em lactentes e crianças (6% a 8%) e decresce com a idade, acometendo 4% dos adultos. O risco do desenvolvimento de atopia em recém-nascidos e lactentes aumenta, se um dos pais ou irmão tiverem doenças atópicas, para 20% a 40% e 25 a 35%, respectivamente; sendo ainda maior se ambos os pais forem atópicos (40% – 60%). Além disso, nos últimos 10 a 15 anos, houve um aumento da prevalência das doenças atópicas, como asma, dermatite atópica e AA. O curto período de tempo em que ocorreu esta mudança, sugere que os fatores ambientais devem estar mais envolvidos que os genéticos, entre eles: modo de preparo dos alimentos, aumento do uso de antiácidos, exposição a cremes medicinais contendo alérgenos alimentares e a hipótese da higiene.

Os alérgenos alimentares mais comuns são o leite de vaca, a soja, os ovos, o trigo, o amendoim, as nozes, os peixes e os frutos do mar. Em crianças, uma das alergias alimentares mais comuns é à proteína do leite de vaca. Quanto à história natural da APLV, a maioria dos pacientes portadores supera sua sensibilidade em torno dos três anos de idade; mas cerca de 10% a 25% permanecem alérgicos.



Mensagens da palestra sobre nascimentos pré-termo

Fernando Barros

Os nascimentos pré-termo (até agora definidos como abaixo de 37 semanas de gestação) estão aumentando em vários locais do mundo, inclusive no Brasil. Em Pelotas, eles correspondem atualmente a cerca de 15% do total de nascimentos.

Entretanto, é possível que a classificação atual de pré-termos deva ser revisada. Os recém-nascidos com 37 semanas (que correspondem a 10% do total de nascimentos) também comportam-se como pré-termo, pois têm maior morbidade e mortalidade do que o grupo com idade gestacional entre 39 e 41 semanas. Com relação aos recém-nascidos de 38 semanas, pelo menos dois estudos mostram que estes também podem ter alguns resultados desfavoráveis (relacionados a mortalidade neonatal e função cognitiva na infância) do que os de 39-41 semanas.

Como beneficiar mães e filhos?

Ter em conta que há sempre uma margem de erro nas estimativas da idade gestacional, com qualquer método.

Estimativas com distintos métodos podem ser dar resultados diferentes. Aquelas feitas por ultrassom costumam estimar uns poucos dias para menos a idade gestacional, com relação às estimativas feitas com a data da última menstruação.

Cada dia conta para assegurar a manutenção de um feto dentro do útero, se suas condições são normais e não atingiu 41 semanas. Nascer com uma semana a mais pode ser uma garantia de mais saúde.

Quando a cesariana eletiva for inevitável, aguardar o início do trabalho de parto, ou marcá-la para idades gestacionais nunca inferiores a 39 semanas.

Uso de antitérmicos: quando e como

Danilo Blank

"Febre é o instrumento da Natureza que ela põe em campo para remover seu inimigo."
Thomas Sydenham (1)

A fobia da febre corre solta com a participação ativa dos médicos!

No início deste ano, a mídia estadunidense divulgou com grande destaque (2, 3) o recém-publicado relatório da Academia Americana de Pediatria (4), que recomenda aos pediatras minimizar a chamada fobia da febre, orientando os pais sobre os baixos riscos e os possíveis benefícios da febre, promovendo o seu manejo seguro e racional, com uso judicioso de drogas antipiréticas.

Em tempo: fobia da febre foi um termo cunhado por Barton Schmitt (5), há mais de trinta anos, para designar a preocupação exagerada de muitos pais com febres baixas (temperatura axilar de 38,5°C ou menos) devido à crença infundada de cerca de metade deles de que febres de 39,5°C poderiam causar danos neurológicos e que sem tratamento medicamentoso a temperatura subiria até 43°C, o que levaria 85% desses cuidadores à administração intempestiva de drogas antipiréticas em crianças com febre bem abaixo de 38°C (nível recomendado pela OMS para o emprego de antipiréticos) (6).

No Brasil, apesar da falta de registros documentais, a simples observação do dia a dia do atendimento pediátrico evidencia que a fobia da febre corre tão solta quanto informa a literatura de fora, que aponta que 90% dos pais acreditam que a febre pode ter efeitos danosos, metade considera altas temperaturas de 38,5°C e medem a temperatura mais do que de hora em hora durante episódios febris; 25% administram antipiréticos para crianças com temperatura abaixo de 37,0°C; 85% acordariam a criança para dar a medicação (7). Sobretudo, é preocupante a informação de que 67% dos pais afirmam alternar drogas antipiréticas

em geral, acetaminofeno e ibuprofeno (8), prática formalmente contraindicada por todos os consensos de especialistas (4, 9-17). Pior: a grande maioria dos pais afirmam que usam os antipiréticos seguindo a orientação dos pediatras (7, 8)! Com efeito, ainda que não documentada, a atitude dos pediatras brasileiros é conspicuamente sintônica com o que relata a literatura de fora: dois terços dos pediatras sempre prescrevem antipiréticos em casos de febre, 90% das vezes para temperaturas axilares entre 37,5°C e 38,0°C (18); metade deles principalmente aqueles com menos de cinco anos de prática aconselham explicitamente os pais a alternar acetaminofeno e ibuprofeno (19).

Colocando os pontos nos is nas consultas de puericultura

O aconselhamento apropriado acerca do manejo da febre começa por discutir com os cuidadores o que é e o que não é febre, que a medida da temperatura em si não deve ser o foco de atenção (até porque não existe um consenso sobre pontos de corte) e, principalmente, que a febre tem baixíssima probabilidade de causar danos e pode ser benéfica (4, 17). Recomenda-se que isso seja feito no contexto do aconselhamento antecipatório das consultas de puericultura e, sempre que possível, com o emprego de folders (20).

Quanto à definição de febre, em vista da oscilação natural da temperatura do corpo conforme a hora do dia, circunstâncias externas, idade e entre indivíduos, além da enorme variabilidade de medidas obtidas por tipos diferentes de termômetros e locais de aferição, a tendência atual é desenfatizar valores numéricos, necessariamente arbitrários, e utilizar definições fisiológicas reconhecidas (17, 20, 21). Duas das mais correntes, que devem ser explicadas aos pacientes: (a) febre é a elevação da temperatura corpórea acima da variação diária normal; (b) febre é uma resposta fisiológica complexa à doença, mediada por citocinas pirogênicas e caracterizada por uma elevação regulada da temperatura central do corpo e ativação de sistemas imunológicos (17, 21).

Para aqueles que precisam de números, pode-se pautar o aconselhamento pelas faixas de temperatura relacionadas na Tabela 1, sempre enfatizando que se tratam de definições arbitrárias e que quaisquer medidas terapêuticas sempre visarão ao conforto e bem estar do paciente, em vez da simples tentativa de reduzir a temperatura (4, 11).

Tabela 1 – Níveis de temperatura corporal de interesse pediátrico*

	°C		°F	
	Axilar	**Retal**	**Axilar**	**Retal**
Faixa de variação circadiana	36,5	37,3	97,7	99,1
	37,2	38,0	99,0	100,4
Limite mínimo para uso de antipirético (OMS) (6) O(OMS){Programme for the Control of Acute Respiratory Infections, 1993 #1054}	38,2	39,0	100,8	102,2
Febre moderada (limite inferior)	38,5	39,3	101,3	102,7
Febre alta (limite inferior)	39,5	40,3	103,1	104,5
Risco de bacteriemia > 10%	39,7	40,5	103,5	104,9
Risco de dano neurológico	42,0	42,8	107,6	109,0

* Valores arbitrários conforme ocorrências mais usuais na literatura (6, 11, 21-23)

Tabela 2 – Contrapontos (apoiados em evidências científicas) sobre benefícios e prejuízos da febre*

A febre é uma amiga..., mas nem tanto, porque:	**A febre é uma inimiga..., mas nem tanto, porque:**
há evidências experimentais, em animais e humanos, de que temperaturas elevadas levam à redução da reprodução microbiana e viral e ao estímulo da atividade imunitária, ... mas não há demonstração clínica substancial de que a terapia antipirética possa piorar a evolução das infecções comuns;	aumenta o consumo de oxigênio e prejudica o rendimento cardíaco, ... mas isso só tem relevância clínica em crianças muito debilitadas, em pneumonias graves, em que se acentua a hipoxemia, e nos cardiopatas;
	pode causar convulsão, ...mas só em casos de instalação súbita, em menos de 5% das crianças normais; além disso, convulsões febris, embora indesejáveis, não causam lesão cerebral;
a curva febril auxilia o diagnóstico, ... mas um antitérmico dado num pico febril não produz alterações significativas;	pode causar dano neurológico, ...mas isto só ocorre com febres altas, muito raras, acima de 42,0°C;
antitérmicos podem mascarar a gravidade da doença, ...mas é o contrário: nos casos duvidosos, com toxemia moderada, o reexame da criança após o efeito de uma dose de antitérmico pode determinar se o caso é realmente grave (a criança continua muito abatida) ou é benigno (a disposição da criança apresenta melhora evidente).	Associa-se com outros sintomas que causam desconforto (dor muscular, irritabilidade, mal-estar, astenia e anorexia), ... mas os antipiréticos só aliviam a dor, não melhoram a astenia e a anorexia.

* Adaptado de: Murahovschi J. A criança com febre no consultório. J Pediatr (Rio J). 2003;79(Supl.1):S55-S64.

Febre: amiga ou inimiga?

A citação de Thomas Sydenham que abre este texto define a visão corrente até meados do século XIX, de que a febre era benéfica. Ao longo do século passado, prevaleceu a visão "moderna" não apoiada em evidências científicas, de que deveria ser combatida (23). Hoje, segundo Matthew J. Kluger (24), há evidências fortes de que a supressão medicamentosa da febre, vista como uma resposta adaptativa a infecções que evoluiu por milhões de anos, provavelmente levaria ao aumento da morbidade por muitas infecções.

Jayme Murahovschi (11) sintetizou de modo muito ilustrativo o dilema de tratar ou não tratar a febre como mostra a tabela 2, que deve ser cuidadosamente considerada por pediatras e cuidadores.

Condutas gerais frente à criança febril

Os pais precisam ser bem orientados sobre os objetivos principais em caso de febre: reconhecer sinais de doenças potencialmente graves, melhorar o conforto da criança e manter um estado adequado de hidratação (4, 22).

O primeiro objetivo exige o reconhecimento de sinais de alerta de gravidade: idade inferior a três meses, principalmente recém-nascido; febre de mais de 39,4°C (especialmente se acompanhada de calafrios); mau estado geral, com letargia e/ou irritabilidade excessiva, ausência de sorriso; pele muito pálida ou moteada; choro inconsolável; respiração gemente, entrecortada ou ofegante; duração da febre maior que 72 horas (11). Nessas circunstâncias, a criança deve ser levada imediatamente para avaliação médica. Uma discussão mais detalhada deste tópico está fora do escopo deste texto, mas sugere-se que todo pediatra leia com atenção a diretriz do National Institute for Health and Clinical Excellence, "Feverish illness: assessment and initial management in children younger than 5 years" (17), bem como seu guia de referência rápida, disponível em http://www.nice.org.uk/CG047.

Crianças com febre não devem ser despidas ou muito agasalhadas. Caso a criança febril sinta frio, deve ser protegida com um cobertor (22). O ambiente deve ser bem ventilado; a criança pode ficar ao ar livre, sem exposição direta ao sol (11).

Líquidos de qualquer natureza devem ser oferecidos com frequência e insistência gentil, de acordo com o gosto e a tolerância da criança. A oferta de comida deve respeitar a aceitação natural; lembrar que drogas antipiréticas não melhoram o apetite (4, 11).

Esponjar o corpo com água tépida pode reduzir temporariamente a temperatura do corpo, mas causa mais desconforto, arrepios e tremores do que qualquer benefício (12, 17, 20). Tal prática só está indicada em casos de temperatura acima de 41°C, sempre meia hora depois da administração de antipirético (22). Banhos com álcool misturado à água são sempre contraindicados (4, 6, 17).

Pelo uso de antipiréticos apoiado em evidências

A decisão do pediatra de prescrever medicação antipirética de ser bem pesada, levando em conta os contrapontos da Tabela 2, mas, principalmente, o fato de que a prescrição leviana de tais drogas indica preocupação (que os leigos não percebem como infundada) com riscos apenas presumidos da febre, promovendo um sentido de busca exagerada pela normotermia (4, 10, 20).

Quem opta por prescrever antitérmicos conta com a justificativa do devido respeito pelas crenças e desejos dos pais, além do fato de que, apesar da febre aumentar as funções imunológicas, não há estudos em humanos que tenham demonstrado de modo convincente que o uso dessas drogas em infecções comuns virais ou bacterianas traga riscos clinicamente relevantes (6).

Drogas antipiréticas não devem ser utilizadas com o objetivo de reduzir a temperatura em si em crianças que pareçam estar se sentindo bem. Devem ser reservadas para crianças com desconforto físico ou dor (4, 6, 9).

Drogas antipiréticas não previnem convulsões febris e não devem ser usadas com esse objetivo (17, 21).

Há um consenso de que antipiréticos devem ser reservados para febres acima de 38,2°C, mas principalmente para minimizar o desconforto; lembrar que crianças não

Tabela 3 – Informações sobre drogas antipiréticas*

	Acetaminofeno	Ibuprofeno	Dipirona
Diminuição da temperatura (°C)	1–2	1–2	1-2
Início da ação (h)	<1	<1	<1
Pico do efeito (h)	3–4	3–4	3-4
Duração do efeito (h)	4–6	6–8	4-6
Dose (mg/kg)	10-15, 4/4 h	5-10, 6/6 h	15-20, 6/6 h
Idade mínima (meses)	3	6	3
Dose máxima diária (mg/kg)	90	40	80
Dose máxima diária - adulto (g/d)	4	2,4	4

* Adaptado de: Section on Clinical Pharmacology and Therapeutics, Committee on Drugs. Sullivan JE, Farrar HC. Fever and antipyretic use in children. Pediatrics. 2011 March 1, 2011;127(3):580-7.
Prado J, Daza R, Chumbes O, Loayza I, Huicho L. Antipyretic efficacy and tolerability of oral ibuprofen, oral dipyrone and intramuscular dipyrone in children: a randomized controlled trial. São Paulo. Med J. 2006;124:135-40.

costumam manifestar desconforto com temperaturas inferiores a 39,5°C (6, 22).

Ao optar por prescrever um antitérmico, o pediatra deve informar os pais explicitamente que a medicação não diminuirá a temperatura até o nível normal e não impedirá que picos febris se repitam por vários dias, enquanto a infecção durar, sob pena de ser procurado novamente porque "o remédio não baixou a febre" (5, 11).

Drogas antipiréticas devem sempre ser usadas em regime de monoterapia, não superpondo ou intercalando drogas diferentes (4, 6, 9-12, 16, 20, 21). Contudo, se a criança não responde a uma opção, pode-se usar uma alternativa (17). Evitar doses de ataque maiores do que aquelas recomendadas, pois não têm efeito antipirético mais rápido ou superior (4).

As três drogas antipiréticas consideradas efetivas (embora causem reduções térmicas da ordem de 1 a 2°C, de relevância clínica marginal) e igualmente seguras são o acetaminofeno (ou paracetamol), a dipirona (ou metamizol) e o ibuprofeno. Estudos em humanos indicam eficácia analgésica e antipirética similar entre as duas últimas, ambas mais eficazes do que a primeira (25-27). A Tabela 3 mostra as informações principais para a sua prescrição.

Sobre a alternância de antitérmicos

A prática de combinar drogas antipiréticas simultânea ou alternadamente, embora desaconselhada pelos especialistas (4, 10-17), é bastante popular entre profissionais de saúde e cuidadores (6, 18, 19). A revisão criteriosa da literatura revela apenas seis estudos randomizados que compararam diversos modos de combinação de acetaminofeno e ibuprofeno com monoterapia.

Em dois estudos (28, 29) compararam-se monoterapia com ibuprofeno e acetaminofeno e a administração simultânea de ambas as drogas. Verificaram que a combinação seria marginalmente superior ao acetaminofeno e não mais efetiva do que o ibuprofeno sozinho. Porém, ambos os estudos tinham problemas de validade, seleção de amostra e aferição de temperatura além de duas horas. Os autores de um dos estudos concluíram pela não recomendação da combinação de drogas (28).

Três estudos (30-32) mostraram superioridade da alternância de acetaminofeno e ibuprofeno em relação a ambas as drogas isoladas. Além de problemas de validade e tamanho das amostras, houve vieses causados por doses inadequadas e as diferenças médias da redução de temperatura, ainda que estatisticamente significativas, eram clinicamente insignificantes, não passando de 1°C. Neste grupo, os autores de dois estudos concluíram pela não recomendação da alternância (30, 32).

Um estudo mais recente (33) mostrou que tanto a administração simultânea como alternada de acetaminofeno e ibuprofeno teriam efeito antipirético mais prolongado do que o ibuprofeno sozinho, mas de novo a magnitude da redução da temperatura não passava de 1°C, além de não haver diferença nas primeiras quatro horas.

Além das diferenças clinicamente desprezíveis, as maiores críticas aos regimes de drogas combinadas apontam o risco nefrotoxicidade e de erros de dosagem por confusão dos cuidadores (4). Sobretudo, segundo Edward Purssell (14), estudos como os descritos acima podem ser lidos sem cuidado e usados por aqueles que não entendem os riscos e benefícios de tal abordagem para apoiar um tratamento que não é necessário, para um sintoma que na verdade não precisa de tratamento, nas mãos de pessoas que têm uma chance relativamente alta de fazer o tratamento errado. Com essas ressalvas em mente, sugere que os médicos devem continuar a seguir as principais diretrizes de especialistas e aconselhar os pais a usar somente uma droga antipirética por vez.

Em síntese, prevalece a recomendação da OMS, feita há quase vinte anos, de que pais e profissionais de saúde não devem como ocorre com frequência administrar antipiréticos de maneira automática a todas as crianças com febre. Deveriam "tratar a criança, não o termômetro". A redução da febre deveria visar a melhorar o desconforto da criança (se significativo), o que geralmente só é necessário em casos de febre alta (6).

Referências bibliográficas:

1. Payne JF. Thomas Sydenham. London, T. Fisher Unwin, 1900. apud Kramer MS, Naimark L, Leduc DG. Parental fever phobia and its correlates. Pediatrics. 1985;75(6):1110-3.
2. Hill E. Parents stricken with "Fever Phobia". CBS News. 2011; February 28, 2011 5:31 AM. Disponível em: http://www.cbsnews.com/video/watch/?id=7357962n#ixzz1L6XpCcSI. Acessado 01/05/2011.
3. Roan S. 'Fever phobia' may be worse than the fever. Los Angeles Times. 2011; March 5. Disponível em: http://articles.latimes.com/2011/mar/05/health/la-he-fever-kids-20110306. Accessado 01/05/2011.
4. Section on Clinical Pharmacology and Therapeutics, Committee on Drugs. Sullivan JE, Farrar HC. Fever and antipyretic use in children. Pediatrics. 2011 March 1, 2011;127(3):580-7.
5. Schmitt BD. Fever phobia: misconceptions of parents about fevers. Am J Dis Child. 1980;134(2):176-81.
6. Programme for the Control of Acute Respiratory Infections. The management of fever in young children with acute respiratory infections in developing countries. Geneva: World Health Organization; 1993. Disponível em: whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_ARI_93.30.pdf.
7. Crocetti M, Moghbeli N, Serwint J. Fever Phobia revisited: have parental misconceptions about fever changed in 20 years? Pediatrics. 2001 June 1, 2001;107(6):1241-6.
8. Wright AD, Liebelt EL. alternating antipyretics for fever reduction in children: an unfounded practice passed down to parents from pediatricians. Clin Pediatr (Phila). March 1 2007;46(2):146-50.
9. Richardson M, Lakhanpaul M. Assessment and initial management of feverish illness in children younger than 5 years: summary of NICE guidance. BMJ. June 2, 2007;334(7604):1163-4.
10. Knoebel EE, Narang AS, Ey JL. Fever: to treat or not to treat. (This Month's Debate). Clin Pediatr (Phila). 2002;41(1):9-16.
11. Murahovschi J. A criança com febre no consultório. J Pediatr (Rio J). 2003;79(Supl.1):S55-S64.
12. El-Radhi ASM. Why is the evidence not affecting the practice of fever management? Arch Dis Child. November 1, 2008;93(11):918-20.
13. Nabulsi M. Is combining or alternating antipyretic therapy more beneficial than monotherapy for febrile children? BMJ. October 1, 2009;339:b3540.
14. Purssell E. Combining paracetamol and ibuprofen for fever in children. BMJ. September 10, 2008;337.
15. Jow K, Serwint JR. Question from the clinician: alternating acetaminophen and ibuprofen in the treatment of fever. Pediatr Rev. October 1, 2007;28(10):395-.

16. Miller AA. Alternating acetaminophen with ibuprofen for fever: is this a problem? Pediatr Ann. 2007;36(7):384-6.
17. National Institute for Health and Clinical Excellence. Feverish illness: assessment and initial management in children younger than 5 years. London: NICE; 2007. Disponível em: http://guidance.nice.org.uk/CG47/Guidance/pdf/English.
18. May A, Bauchner H. Fever Phobia: the pediatrician's contribution. Pediatrics. December 1, 1992;90(6):851-4.
19. Mayoral CE, Marino RV, Rosenfeld W, Greensher J. Alternating antipyretics: is this an alternative? Pediatrics. May 1, 2000;105(5):1009-12.
20. Crocetti MT, Serwint J. Fever: Separating fact from fiction. Contemp Pediatr. 2005. Disponível em: http://www.modernmedicine.com/modernmedicine/Infectious+Diseases/Fever-Separating-fact-from-fiction/ArticleStandard/Article/detail/143315. Accessado 01/05/2011.
21. Kayman H. Management of fever: making evidence-based decisions. Clin Pediatr (Phila). 2003;42(5):383-92.
22. Schmitt BD. Fever in Childhood. Pediatrics. November 1 1984;74(5):929-36.
23. Kramer MS, Naimark L, Leduc DG. Parental fever phobia and its correlates. Pediatrics. June 1 1985;75(6):1110-3.
24. Kluger MJ, Kozak W, Conn CA, Leon LR, Soszynski D. The adaptive value of fever. Infect Dis Clin North Am. 1996;10(1):1-20.
25. Allan GM, Ivers N, Shevchuk Y. Treatment of pediatric fever. Can Fam Physician. August 1, 2010;56(8):773.
26. Pierce CA, Voss B. Efficacy and safety of ibuprofen and acetaminophen in children and adults: a meta-analysis and qualitative review. Ann Pharmacother. March 1 2010;44(3):489-506.
27. Wong A, Sibbald A, Ferrero F, Plager M, Santolaya ME, Escobar AM, et al. Antipyretic effects of dipyrone versus ibuprofen versus acetaminophen in children: results of a multinational, randomized, modified double-blind study. Clin Pediatr (Phila). June 1 2001;40(6):313-24.
28. Erlewyn-Lajeunesse MDS, Coppens K, Hunt LP, Chinnick PJ, Davies P, Higginson IM, et al. Randomised controlled trial of combined paracetamol and ibuprofen for fever. Arch Dis Child. May 1 2006;91(5):414-6.
29. Hay AD, Costelloe C, Redmond NM, Montgomery AA, Fletcher M, Hollinghurst S, et al. Paracetamol plus ibuprofen for the treatment of fever in children (PITCH): randomised controlled trial. BMJ. September 2 2008;337:a1302
30. Nabulsi M, Tamim H, Mahfoud Z, Itani M, Sabra R, Chamseddine F, et al. Alternating ibuprofen and acetaminophen in the treatment of febrile children: a pilot study [ISRCTN30487061]. BMC Medicine. 2006;4(1):4-12.
31. Sarrell EM, Wielunsky E, Cohen HA. Antipyretic treatment in young children with fever: acetaminophen, ibuprofen, or both alternating in a randomized, double-blind study. Arch Pediatr Adolesc Med. February 1, 2006;160(2):197-202.
32. Kramer LC, Richards PA, Thompson AM, Harper DP, Fairchok MP. Alternating antipyretics: antipyretic efficacy of acetaminophen versus acetaminophen alternated with ibuprofen in children. Clin Pediatr (Phila). 2008;47(9):907-11.
33. Paul IM, Sturgis SA, Yang C, Engle L, Watts H, Berlin Jr CM. Efficacy of standard doses of ibuprofen alone, alternating, and combined with acetaminophen for the treatment of febrile children. Clin Ther. 2010;32(14):2433-40.

Doença de Kawasaki

Dra. Patrícia Martins Moura Barrios

Definição

Esta síndrome foi descrita pela primeira vez no Japão, em 1967, pelo Dr. Kawasaki, e consiste em sintomas secundários a reações autoimunes a um provável agente infeccioso ainda desconhecido.

Epidemiologia

Incidência de 9,2 /100.000/ano nos USA.

Incidência de 108 /100.000/ano no Japão.

Mais comum em crianças menores de cinco anos (80%), do sexo masculino.

Maior ocorrência no final do inverno, primavera e em épocas de maior nível pluviométrico

Etiologia e patogênese

Etiologia desconhecida. As características epidemiológicas, especialmente a ocorrência em crianças pequenas, o aumento de casos no inverno e a ocorrência de surtos epidêmicos sugere etiologia viral.

A patogênese é caracterizada por anormalidades imunorregulatórias agudas e transitórias desencadeadas por um agente que atua como um superantígeno capaz de recrutar um grande número de linfócitos T.

Manifestações Clínicas

A fase aguda geralmente inicia com febre alta brevemente seguida por eritema polimórfico na pele (inicia mais comumente na região perineal e abdômen), conjuntivite não purulenta, ressecamento dos lábios, eritema bucal, língua framboesa, linfadenite cervical (mais comumente unilateral) e edema e eritema dos pés e das mãos.

A criança geralmente encontra-se irritada, com uma aparência desconfortável. A febre é geralmente alta (> 38° C), pouco responsiva a antitérmicos e, se não tratada, pode durar até três semanas. As alterações nas extremidades, talvez os achados mais característicos desta síndrome, duram geralmente de uma a duas semanas. Na fase subaguda, após duas semanas do início dos sintomas, ocorre uma descamação grosseira da pele das extremidades tipo "dedo de luva". O paciente também pode apresentar comprometimento do

sistema hepatobiliar, atralgias ou artrites. Pode haver, ainda, sinais de uretrite acompanhada por disúria, proteinúria e piúria estéril.

Meningite asséptica e polineurite podem estar presentes na fase aguda da doença, assim como miocardite e ou pericardite. Trombocitose geralmente está presente após a fase aguda da doença (2 semanas). Em aproximadamente vinte por cento das crianças não tratadas pode ocorrer atelectasia e aneurisma das artérias coronarianas em 7 a 14 dias do início da doença.

Diagnóstico

Critérios diagnósticos da síndrome de Kawasaki

1. Febre alta ≥ 5 dias
2. Presença de pelo menos quatro dos seguintes sintomas
   - A: Alterações nas extremidades (edema e eritema)
   - B: Exantema polimórfico
   - C: Conjuntivite asséptica bilateral
   - D: Alterações nos lábios e cavidade oral
   - E: Linfoadenopatia cervical
3. Exclusão de outras doenças com sintomas semelhantes

Diagnóstico diferencial

Doenças exantemáticas ou autoimunes

Sarampo, rubéola, infecção por vírus Ebstein, escarlatina, leptospirose, artrite reumatoide juvenil, Steven Johnson, alergia a drogas, hipersensibilidade ao mercúrio.

Tratamento:

A: fase aguda:

Aspirina 80 -100 mg/dia/ dividida de 6/6h (USA). 30 mg/Kg/dia (Japão).

Após cessar a febre=> aspirina 3 a 5 mg/Kg/dia por 7 a 8 semanas.

Gamaglobulina 2g/Kg EV em 12 horas.

Ecocardiograma nos primeiros 10 dias.

B: Fase crônica. Sete a 8 semanas após o início da doença:

B1: Afebril, sem doença coronariana (provas inflamatórias normalizadas).

Suspender aspirina. Controle ecocardiográfico com um, dois, seis meses e um ano após o início da doença. Continuando normal, alta.

B2: Com ectasia transitória das coronárias.

Aspirina não mais indicada após resolução da ectasia. Liberar atividade física. Para participação em esportes competitivos aconselhado solicitar teste de esforço. Alta após um ano de exames normais.

B3: Com aneurisma único, de tamanho pequeno ou médio (< 8mm)

Aspirina 3-5 mg/Kg/dia até a regressão completa do aneurisma.

Sem restrição a atividade física até os 10 anos de idade. Desaconselhar participação em esportes competitivos. Acompanhamento cardiológico anual com ECG e ecocardiografia por dez anos.

B4: Com aneurisma gigante ou múltiplos de coronárias, sem estenose coronariana

Terapia antiplaquetária => aspirina e Warfarin. Manter INR de aprox. 2.

Sem restrição a atividade física até os 10 anos de idade. Desaconselhar participação em esportes competitivos. Proibir participação em esportes competitivos. Acompanhamento cardiológico com ECG e ecocardiografia de 6/6 meses. Teste de esforço físico ou farmacológico recomendado anualmente, um ano após o início de constatação de isquemia miocárdica. Considerar angiografia, após a fase aguda, se sintomas de isquemia.

B5: Com obstrução coronariana confirmada por angiografia

Terapia antiplaquetária => aspirina e Warfarin. Manter INR de aprox. 2.

Restrição de atividades físicas dinâmicas mesmo de baixa intensidade. Evitar exercícios isométricos (levantamento de peso). Proibir participação em esportes competitivos. Acompanhamento cardiológico com ECG e ecocardiografia de 6/6 meses. Teste de esforço físico ou farmacológico e Holter recomendado anualmente. Considerar angiografia, após a fase aguda, se sintomas de isquemia.

Prognóstico

Fase aguda autolimitada, durando de 7 a 8 semanas.

A maioria das crianças que recebem imunoglobulina na primeira semana do início da doença tem melhora completa.

O índice de infarto e a mortalidade são baixos para crianças com aneurismas pequenos e médios.

É descrita uma mortalidade de 15% em crianças com aneurismas gigantes.

Crianças do sexo masculino e menores de dois anos tem maior isco de desenvolverem aneurismas das artérias coronárias.

Otite média aguda: antibióticos sempre ou nunca?

José Faibes Lubianca Neto, MD, PhD*

Definição e epidemiologia

A otite média aguda (OMA) é uma doença inflamatória de natureza infecciosa. Mais de 80% das crianças desenvolverão OMA antes dos 3 anos e aproximadamente 40% destas terão 6 ou mais recorrências até completarem 7 anos de idade (1).

Microbiologia

Pode ser causada exclusivamente por vírus (vírus sincicial respiratório, adenovírus, influenza A ou B) em 10 a 20% dos casos (2, 3, 4). A coinfecção viral com os patógenos bacterianos chega a 65% dos casos (4). Isolaram-se bactérias da secreção da orelha média em 70% dos casos de OMA (5, 6). Os microorganismos mais frequentes em estudos internacionais são *Streptococcus pneumoniae* (15 a 35%), *Haemophilus influenzae* (15 a 25%) e *Moraxella catarrhalis* (10 a 20%) (5). Estudos nacionais da década de 1990 e do início dos anos 2000 revelaram *Streptococcus pneumoniae* em 16 a 46% dos casos, *Haemophilus influenzae* em 7 a 28%, *Moraxella catarrhalis* em 5% e *Staphylococcus aureus* em 22% dos casos (6, 7, 8).

Mudanças no cenário (argumentos pró e contra o uso rotineiro de antimicrobianos na OMA)

Sendo a OMA uma doença de natureza infecciosa que em no mínimo 2/3 dos casos tem etiologia bacteriana, seria natural supor que o tratamento antimicrobiano estivesse indicado em todos os casos. Alguns eventos, no entanto, mudaram esse cenário, levando às discussões atuais sobre o real benefício dos antimicrobianos no tratamento da OMA (9). Na era pré-antibiótica, complicações supurativas, principalmente a mastoidite, poderiam ocorrer em até 20% dos casos de OMA. Há o relato que em 1932 a OMA e as suas complicações supurativas responderam por 27% das admissões de um hospital pediátrico (10). A introdução dos antimicrobianos foi paralela à redução rápida e drástica da incidência de tais complicações, que se tornaram raras. Mesmo não se desconsiderando esse impactante efeito, não se pode apontá-los, no entanto, como única causa da diminuição das complicações supurativas. Houve também a gradual mudança na virulência das bactérias. Na metade do século passado, os *Streptococcus* do grupo A, por exemplo, causavam a agressiva OMA necrosante, hoje praticamente desaparecida, e eram a principal causa de mastoidite aguda (11). Hoje em dia, tais bactérias raramente causam OMA. Nos dias atuais, após o advento da vacinação com a antipneumocócica heptavalente, o *H. influenzae* é a principal bactéria causadora de OMA, e é a OMA causada por hemófilo justamente uma das que tem maior resolução espontânea, chegando até 50%.

Talvez o evento mais significativo nessa mudança de cenário tenha sido o surgimento de ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas e metanálises demonstrando, algumas vezes, que os antimicrobianos não eram mais eficazes do que o placebo e, invariavelmente, que o impacto clínico de tal tratamento era pequeno. Ao mesmo tempo, o tratamento com antibióticos trazia efeitos adversos significativos para os pacientes e para a comunidade. Houve um aumento crescente na resistência bacteriana, demonstradamente secundário ao uso abusivo e descriterioso de antimicrobianos (12, 13, 14).

Tudo iniciou na década de 80, com a coorte holandesa de van Buchem, em que mais de 4.800 crianças foram seguidas com a prescrição inicial de analgésicos por 2 a 3 dias. Caso o processo não se resolvesse, administravam-se antimicrobianos. Somente 2,7% dos pacientes tiveram um curso grave que necessitou de antimicrobiano e somente 2 pacientes desenvolveram mastoidite aguda (incidência de 0,04%) (15). Pacientes com curso grave recrutados nesse trabalho foram estudados em ensaio clínico randomizado, que comparou miringotomia isolada, antibióticos isolados, miringotomia com antibióticos e observação, com resultados semelhantes nos 4 grupos (16). Outras evidências surgiram em países da Europa Ocidental e vários países como a Dinamarca, a Finlândia, a Escócia e a Holanda lançaram diretrizes preconizando o uso de antimicrobianos somente após um período de observação inicial. Surgiram então metanálises com resultados estatisticamente significante e superiores do antimicrobiano em relação ao placebo, porém, com pequeno impacto clínico, avaliado pelo número necessário de pacientes que deveriam ser trados (NNT) para melhorar o curso clínico em um deles. Em média, sete a 17 pacientes com OMA teriam que ser tratados para que 1 se beneficiasse (17, 18, 19, 20, 21). Estudos randomizados que compararam o uso do antimicrobiano na ocasião do diagnóstico com a

* Professor Associado Doutor da Disciplina de Otorrinolaringologia, Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Chefe da Divisão de Otorrinolaringologia Pediátrica do Hospital da Criança Santo Antônio do Serviço de Otorrinolaringologia do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre. Presidente da Academia Brasileira de Otorrinolaringologia Pediátrica (ABOPE).

observação vigiada nos primeiros dias também demonstraram que o uso de antimicrobianos poderia ser atrasado e se tornava desnecessário em muitos casos, desde que se fornecesse analgesia nos primeiros dias (22, 23). Depois, surgiram estudos demonstrando a segurança do uso da prescrição antecipada, ao menos nos casos não graves. Compararam um grupo de pacientes com OMA que receberam o tratamento padrão já no diagnóstico com outro que recebeu a recomendação de somente utilizar o antimicrobiano prescrito após 48 horas de não melhora (24). Essa abordagem, mesmo em pacientes atendidos em emergências médicas por médicos que não eram os seus pediatras, conseguiu evitar o uso de antimicrobianos em 62% das vezes (25). Seguindo a tendência europeia, a Academia Norte-Americana de Pediatria publicou pela primeira vez, em sua última diretriz de 2004, a recomendação da observação inicial, em vez de tratamento antimicrobiano imediato para o manejo da OMA em crianças selecionadas (26).

Mais recentemente, na tentativa de se identificar que pacientes se beneficiariam mais do antimicrobiano, foi realizada metanálise de dados individuais de pacientes, que demonstrou que o NNT diminuía significativamente em casos bilaterais com idade menor do que 2 anos e naqueles com otorreia (20). Esses dados estão cotados para entrar nas novas recomendações da Academia Norte-Americana de Pediatra, juntando-se aos critérios seletivos de idade e certeza diagnóstica já constantes.

A maioria dos críticos da aplicação dos preceitos da medicina baseada em evidências no tratamento clínico da OMA embasa sua discordância em dois principais aspectos: a) evidências oriundas dos estudos de dupla punção (*double tap*) e b) críticas metodológicas aos estudos de até então, incluindo os ensaios clínicos randomizados bases para as metanálises (critérios diagnósticos diferentes entre os estudos e frágeis em alguns, não inclusão de pacientes graves ou com critérios de risco de gravidade, etc).

Os estudos de dupla punção (*double tap*) foram estudos realizados em Israel onde se puncionaram orelhas de pacientes com OMA antes do tratamento e em torno de 3 a 7 dias após o início do antimicrobiano. Genuinamente falando, seria a única forma de se estabelecer diretamente a eficácia microbiológica e correlacioná-la com a eficácia clínica. Pois bem, tais estudos demonstraram que existe uma significante associação entre a esterilização da efusão da orelha média e a melhora sintomática dos pacientes (27). Os índices de falha clínica passaram de 37 a 38% quando as culturas ainda estavam positivas para 3 a 7% quando negativavam. Mesmo assim, não é desprezível a resolução clínica que ocorre em 62 e 63% dos casos, mesmo com cultura positiva entre os dias 3 e 7 de tratamento. Talvez os até então não bem entendidos mecanismos imunes locais da orelha média possam ser responsáveis por uma percentagem de cura dos casos. Os ensaios clínicos realizados com tal metodologia e testando a eficácia de vários antimicrobianos demonstraram que a amoxicilina, a amoxicilina com ácido clavulânico, a cefuroxima e a ceftriaxona entre outros são mais eficazes do que o placebo. O mesmo não ocorreu para a azitromicina e para o cefaclor, por exemplo, que alcançam índices de esterelização de culturas, principalmente em casos de cepas resistentes à penicilina, semelhantes aos do placebo.

No entanto, a principal crítica aos estudos disponíveis na literatura recai sobre a inacurácia diagnóstica. O diagnóstico de OMA baseia-se no conjunto de achados da otoscopia associados ou não aos sintomas de suspeição como febre, irritabilidade, otalgia, otorreia recente e outros sintomas inespecíficos (mão no ouvido, rinorreia, inapetência, diarreia, entre outros), que podem variar de acordo com a faixa etária. A confirmação diagnóstica, no entanto, é dada somente pela otoscopia.

De todos os sinais, o abaulamento é o mais preditivo, com uma sensibilidade que varia de 61,2% a 67% e uma especificidade de 97% (28,29), sendo cerca de 51 vezes mais comum encontrar-se abaulamento em crianças com OMA comprovada por punção do que nas que não tem OMA (30). A hiperemia da MT isoladamente não é um bom sinal discriminatório.

A otoscopia, principalmente em crianças pequenas incluídas nos estudos, não é sempre de fácil realização e interpretação, principalmente se realizada por médicos não validados. O diagnóstico do otorrinolaringologista já se demonstrou mais acurado do que o de generalistas (28).

Com tudo que se leu até aqui, entende-se o porquê da existência de diferentes interpretações de autoridades em tratamento da OMA. Essa foi a base conceitual para que, em 2011, investigadores prestigiados dos Estados Unidos e da Finlândia publicassem no *The New England Journal of Medicine* dois ambiciosos ensaios clínicos randomizados, duplo-cegos, em paralelo e controlados por placebo, incluindo crianças menores de 2 anos no norte-americano (31) e de 3 anos no finlandês (32). Escolheram a amoxicilina associada ao ácido clavulânico por ter sido esse o antimicrobiano que se demonstrou mais eficaz no tratamento da OMA nos estudos de dupla punção (33).

Além do cuidado metodológico, o ponto mais forte de ambos estudos foram os acurados critérios de diagnóstico da OMA, e o uso de examinadores validados e experientes. Ambos os estudos incluíram somente pacientes com abaulamento da membrana timpânica e sintomas de infecção aguda.

O estudo norte-americano utilizou dose dobrada de amoxicilina (90mg/Kg/peso) associada ao ácido clavulânico. No grupo tratado com antimicrobiano ocorreu resolução inicial dos sintomas no dia 2 em 35% das crianças, no dia 4 em 61% e no dia 7 em 80%. Os valores correspondentes no grupo placebo foram de 28%, 54% e 74% (P=0,14, para a comparação global). A resolução sustentada dos sintomas ocorreu no dia 2 em 20% das crianças tratadas com antimicrobiano, no dia 4 em 41% e no dia 7 em 67%. Os valores correspondentes no grupo placebo foram de 14%, 36% e 53% (P=0,04).

A média dos escores sintomáticos nos dois grupos de tratamento ao longo dos iniciais 7 dias foi menor no grupo

que recebeu amoxicilina com clavulanato do que no grupo placebo a cada visita (P=0,02) e na visita entre 10 a 12 dias (P=0,003). O uso de acetaminofeno entre os grupos, no entanto, não diferiu. Em relação à falha clínica, crianças que receberam o antimicrobiano foram menos susceptíveis do que aquelas que receberam placebo até a primeira visita (4% vs 23%, P<0,01) e entre a primeira e a visita dos dias 10 a 12 (16% vs 51%, P<0,001).

Em relação a efeitos adversos, os mesmos foram significativamente mais comuns nos pacientes que receberam amoxicilina com ácido clavulânico, e o principal foi a diarreia e suas complicações.

No estudo finlandês, os resultados foram mais contundentes a favor do antimicrobiano. Utilizou-se a metade da dose da amoxicilina (40 mg/Kg/peso) e por um tempo menor (7 ao invés de 10 dias) em comparação ao estudo norte-americano. A falha de tratamento ocorreu em 18,6% daqueles que receberam amoxicilina-clavulanato e em 44,9% dos que receberam placebo (P<0,001). Já no 3º dia de tratamento, a diferença apareceu, com falha em 13,7% e 25,3%, respectivamente. No geral, a amoxicilina-clavulanato reduziu o risco de falha de tratamento em 62% (taxa de risco 0,38; intervalo de confiança 95% 0,25 a 0,59; P<0,001.). Apenas 3,8 (IC 95% de 2,7 a 6,2) crianças necessitavam ser tratadas com amoxicilina-clavulanato para evitar a falha de tratamento em uma. Cada um dos 6 componentes do desfecho primário ocorreu menos frequentemente no grupo recebendo antimicrobiana do que no que recebeu placebo.

Em relação aos desfechos secundários, o tratamento de resgate foi necessário em 36,7% do grupo amoxicilina-clavulanato e em 74,6% do grupo placebo (P<0,001). Da mesma forma que no estudo o anterior, não houve diferença no uso de analgésicos e antipiréticos entre os grupos. Absenteísmo em creche foi relatado por 15,9% do grupo ativo e por 25,4% do grupo placebo (P<0,001). Da mesma forma, houve menos falta ao trabalho dos pais no grupo recebendo amoxicilina-clavulanato em relação ao grupo placebo (P=0,005).

Ao menos um efeito adverso ocorreu em 52,8% do grupo que recebeu amoxicilina-clavulanato e em 36,1% do grupo placebo (P=0,003). O efeito adverso mais comum foi diarreia, sendo significativamente mais comum no grupo amoxicilina-clavulanato do que no placebo (47,8% vs 26,6%).

Conclusão

O ponto mais importante para se indicar antimicrobiano para tratamento de OMA deve ser a certeza diagnóstica, que vem pelo achado de abaulamento. Casos "reais" de OMA se beneficiam do antimicrobiano. Mesmo assim, em casos de crianças maiores de 6 meses, principalmente se não tiverem doença grave (febre alta e otalgia intensa ou outra complicação), pode-se acompanhar o quadro clínico sem prescrição de antimicrobianos ou com prescrição antecipada de antimicrobianos para serem usados caso não haja melhora dos sintomas em 48 horas, utilizando-se analgésicos e antipiréticos nesse ínterim. A resistência bacteriana é um fenômeno crescente e ameaçador que está diretamente ligado ao uso indiscriminado de antimicrobianos. Adotando-se critérios mais conservadores, como os acima comentados, pode-se reduzi-la.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vergison A, Dagan R, Arquedas A. Otitis media and its consequences: beyond the earache. Lancet Infect Dis. 2010 Mar;10(3):195-203. Review.
2. Chonmaitree T. Otitis media: can clinician's findings predict bacterial or viral etiology? Pediatr Infect Dis J. 2000;19:256-60.
3. Ramilo O. Role of respiratory viruses in acute otitis media: implications for management. Pediatr Infect Dis J. 1999;18:1125-9.
4. Heikkinen T, Thint M, Chronmaitree T. Prevalence of various respiratory viruses in the middle ear during acute otitis media. N Engl J Med. 1999;340:260-4.
5. Bluestone CD, Stephenson JS, Martin LM. Ten-year review of otitis media pathogens. Pediatr Infect Dis J. 1992;11(suppl. 8):S7-S11.
6. Liebovitz E, Dagan R. Antibiotic treatment for acute otitis media. Intern J Antimicrob Agents. 2000;15:169-177.
6. Lopes Filho O, Mimica I, Betti E, Burlamaqui JC, Takara C Mimica LJ. Eficácia clínica e bacteriológica da associação clavulanato de potássio + amoxicilina e do cefaclor em otites médias agudas em crianças. Folha Med. 1992;104:39-42.
7. Saffer M, Lubianca Neto JF. Diagnóstico Otoscópico da Otite Média Aguda com Secreção. Jornal de Pediatria. 1992;68:394-397
8. Sih T. Acute otitis media in brazilian children: analysis of microbiology and antimicrobial susceptibility. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2001;110:662-6.
9. Klein JO. Is otitis media a treatable disease? New Engl J Med. 2011;364:168-9.
10. Bakwin H, Jacobinzer H. Prevention of purulent otitis media in infants. J Pediatr. 1939;14:730-6.
11. Page JR. Report of acute infections of middle ear and mastoid process at Manhattan Eye, Ear, and Throat Hospital during 1934: their prevalence and virulence. Laryngoscope. 1935;45:839-41.
12. Granizo JJ, Aguilar L, Casal J, García-Rey C, Dal-Ré R, Baquero F. Streptococcus pneumoniae resistance to erythromicin and penicillin in relation to macrolide and beta-lactam consumption in Spain (1979-1997). J Antimicrob Chemother. 2000;46:767-73.
13. Chen DK, McGeer A, de Azevedo JC, Low DE. Decreased susceptibility of Streptococcus pneumoniae to fluoroquinolones in Canada. Canadian Bacterial Surveillance Network. N Engl J Med. 1999;341:233-9.
14. Van de Sande-Bruinsma N, Grundmann H, Verloo D, Tiemersma E, Monen J, Goossens H, Ferech M. European Antimicrobial Resistance Surveillance System Group; European Surveillance of Antimicrobial Consumption Project Group. Antimicrobial drug use and resistance in Europe. Emerg Infect Dis. 2008;14:1722-30.
15. Van Buchen FL, Peeter MF, Van't Hof MA. Acute otitis media: a new treatment strategy. BMJ. 1985;290:1033-37.
16. Van Buchem FL, Dunk JH, van't Hof MA. Therapy of acute otitis media: myringotomy, antibiotics, or neither? A doubleblind study in children. Lancet. 1981;2:883-7.
17. Rosenfeld RM, Vertrees JE, Carr J, et al. Clinical efficacy of antimicrobial drugs for acute otitis media: metaanalysis of 5400 children from thirty-three randomized trials. J Pediatr 1994;124:355-67.
18. Del Mar C, Glasziou P, Hayem M. Are antibiotics indicated as initial treatment for children with acute otitis media? A metaanalysis. BMJ. 1997;314:1526-9.
19. Marcy M, Takata G, Chan LS, et al. Management of acute otitis media. Evid Rep Technol Assess (Summ). 2000;15:1-4.
20. Rovers MM, Glasziou P, Appelman CL, et al. Antibiotics for acute otitis media: a meta-analysis with individual patient data. Lancet. 2006;368:1429-35.
21. Sanders S, Glasziou PP, Del Mar C, Rovers MM. Antibiotics for acute otitis media in children. Cochrane Database Syst Rev. 2010;1: CD000219.

22. Little P, Gould C, Williamson I, Moore M, Warner G, Dunleavey J. Pragmatic randomised controlled trial of two prescribing strategies for childhood acute otites Media. BMJ. 2001; 322: 336-42.
23. McCormick DP, Chronmaitree T, Pittman C, Saeed K, Friedman NR, Uchida T, Baldwin CD. Nonsevere acute otitis media: a clinical trial comparing outcomes of watchful waiting versus immediate antibiotic treatment. Pediatrics. 2005;115:1455-65.
24. Siegel RM, Kiely M, Bien J, Joseph EC, Davis JB, Mendel SG, et al. Treatment of otitis media with observation and a safety-net antibiotic prescription. Pediatrics. 2003;112:527-531.
25. Spiro DM, Tay KY, Arnold DH, Dziura JD, Baker MD, Shapiro ED. Wait-and-see prescription for the treatment of acute otitis media. A randomized controlled trial. JAMA. 2006;296:1235-41.
26. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Managementof Acute Otitis Media. Diagnosis and management of acute otitis media. Pediatrics. 2004;113:1451-65.
27. Carlin et al. J Pediatr. 1991;118: 178-83 e Dagan et al. Pediatr Infect Dis J. 1998; 17:776-82.
28. Karma PH, Penttilä MM, Kataja MJ. Otoscopic diagnosis of middle ear effusion in acute and non-acute otitis media. I. The value of different otoscopic findings. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 1989;17:37-49.
29. Saffer M, Lubianca Neto JF. Avaliação do poder diagnóstico dos sintomas e sinais otomicroscópicos na otite média aguda em crianças. Rev Bras Otorrinolaringol. 1994;60:246-30.
30. Coker TR, Chen LS, Newberry SJ, et al. Diagnosis, microbial epidemiology, and antibiotic treatment of acute otitis media in children. JAMA. 2010;304:2161-69.
31. Hoberman A, Paradise JL, Rockette HE, et al. Treatment of acute otitis media in children under 2 years of age. N Engl J Med. 2011;364:105-15.
32. Tähtinen PA, Laine MK, Huovinen P, et al. A placebo-controlledtrial of antimicrobial treatment for acute otitis media. N Engl J Med. 2011;364:116-26.
33. Hoberman A, Dagan R, Leibovitz E, et al. Large dosage amoxicillin/clavulanate, compared with azithromycin, for the treatment of bacterial acute otitis media in children. Pediatr Infect Dis J. 2005;24:525-32.

Antibioticoterapia nas faringotonsilites

Maria Beatriz Rotta Pereira e Berenice Dias Ramos

As faringotonsilites são usualmente de origem viral (adenovírus, influenza, parainfluenza, coxsackie, vírus sincicial respiratório, herpes e vírus de Epstein-Barr), mas podem ser causadas por bactérias, especialmente o estreptococo β-hemolítico do grupo A (EBHGA), responsável pela única faringotonsilite bacteriana onde o tratamento com antibióticos está definitivamente indicado, com o objetivo de prevenir sequelas não supurativas. Hemófilos, moraxela, estafilococo dourado, pneumococo, germes anaeróbios, clamídia e micoplasma também são bactérias causadoras de infecções faringotonsilares, mas exigem tratamento somente em situações individuais.

As faringotonsilites por EBHGA são mais frequentes na faixa de 3-15 anos de idade e a preocupação em relação a esta etiologia deve-se ao seu potencial de causar infecções purulentas e invasivas, escarlatina, glomerulonefrite e febre reumática, sendo altamente transmissível e capaz de disseminar-se rapidamente em creches e escolas.

Aspectos da história e do exame físico podem sugerir a etiologia viral ou bacteriana, infelizmente com baixa especificidade e sensibilidade. Coriza, obstrução nasal, espirros, rouquidão, aftas (coxsackie ou herpes) e sintomas gastrintestinais associam-se frequentemente a doenças virais, acompanhados ou não de elevações da temperatura corporal.

Já a infecção por EBHGA costuma ter início súbito, febre ≥ 38ºC, dor de garganta e achados no exame físico que incluem hiperemia, hipertrofia e exsudato tonsilar, junto com linfoadenopatia cervical anterior e subângulo mandibular dolorosa. Sinais de envolvimento mais extenso das vias aéreas superiores (coriza, espirros, etc) não costumam estar presentes nas infecções pelo estreptococo.

Atualmente, é consenso que o diagnóstico da faringotonsilite estreptocócica deve ser **suspeitado** através de dados clínicos e epidemiológicos e **confirmado** por exame cultural ou pelo teste rápido de detecção do antígeno estreptocócico.

O exame cultural da orofaringe é considerado o padrão-ouro para o diagnóstico de infecção por EBHGA e apresenta uma sensibilidade de 90-95%. Cuidado deve ser exercido para que o material seja obtido das duas tonsilas e da parede da faringe, sem tocar em outros locais da cavidade oral. A maior desvantagem do método reside no tempo necessário para a obtenção do resultado. O teste rápido de detecção do antígeno estreptocócico (teste de beira de leito) é também um método adequado, com especificidade de 95% e sensibilidade de 75%. Assim, um resultado positivo no teste rápido não exige confirmação por cultura e permite o tratamento imediato. Por outro lado, havendo forte suspeita de infecção bacteriana, um resultado negativo com o teste rápido não exclui a etiologia estreptocócica e aponta para a necessidade de exame cultural. Esta técnica oferece extrema rapidez na obtenção do resultado (na própria consulta) e seu custo foi significativamente reduzido nos últimos anos.

A necessidade de tratamento com antibacterianos não está presente na maioria das vezes, mas as faringotonsilites são exemplos antigos de prescrição inadequada de

antibióticos. A possibilidade de iatrogenias, e principalmente, o surgimento de cepas bacterianas resistentes aos antimicrobianos são consequências do emprego desnecessário destes medicamentos.

Nas infecções por EBHGA, o uso de antimicrobianos encurta a fase aguda da doença, diminui o potencial de transmissão e reduz o risco de sequelas supurativas e não supurativas. Nessas infecções, o antibiótico iniciado até 9 dias após o início do quadro infeccioso é capaz de impedir a febre reumática. Assim, na impossibilidade de efetuar exame cultural ou teste rápido de detecção do antígeno estreptocócico (conduta ideal), recomenda-se observar e reavaliar em 48-72 horas todo o paciente com quadro clínico de faringotonsilite aguda.

Os antibióticos de 1ª escolha são a penicilina e a amoxicilina. Para prevenir a febre reumática, a penicilina ou a amoxicilina devem ser administradas oralmente por 10 dias, inclusive quando o paciente ficar assintomático, após os primeiros dias de tratamento. Amoxicilina 1x/dia, durante 10 dias, mostrou-se efetiva na erradicação do EBHGA e uma apresentação de liberação lenta foi recentemente aprovada pelo FDA para tratamento em indivíduos > 12 anos. A penicilina G benzatina por via intramuscular está indicada para os que não aderem ao tratamento oral pelo prazo recomendado.

Cefalosporina orais de 1ª geração (cefalexina ou cefadroxil), tomadas durante 10 dias, são alternativas aceitáveis, principalmente em pessoas alérgicas à penicilina, não esquecendo que até 20% dos indivíduos sensíveis à penicilina também o são às cefalosporinas. Crianças com hipersensibilidade imediata (anafilática ou do tipo I) à penicilina não devem ser tratadas com cefalosporinas.

Macrolídeos (eritromicina, claritromicina) e azalídeos (azitromicina) são efetivos no tratamento da doença. Por outro lado, relatos recentes sobre a emergência de EBHGA resistentes a estes fármacos devem restringir seu uso aos pacientes com história de hipersensibilidade à penicilina.

Tratamentos curtos (5 dias ou menos) com cefalosporinas de 1ª e 2ª geração e claritromicina já foram testados e comprovaram a erradicação do EBHGA, mas não existem evidências definitivas que justifiquem sua recomendação.

Sulfonamidas não devem ser empregadas no tratamento da faringotonsilite por EBHGA.

Em situações de tonsilites recorrentes e crônicas deve-se aventar a possibilidade etiológica ou de copatogenicidade por parte de bactérias produtoras de β-lactamase e anaeróbios. Sendo assim, a escolha recairá sobre amoxicilina + ácido clavulânico, cefalosporinas de 2 a geração ou clindamicina, relembrando que ainda não existe consenso quanto à melhor conduta nessas situações. A clindamicina e/ou drenagem cirúrgica são recomendados no abscesso peritonsilar.

Resumo

• As faringotonsilites bacterianas perfazem 20-30% do total e seu tratamento com antibióticos deve visar o germe mais frequente, que é o estreptococo β-hemolítico do grupo A, não tendo sido identificadas, até agora, cepas resistentes à penicilina.

• A presença do EBHGA deve ser comprovada por exame cultural ou por teste rápido de detecção de antígeno, evitando o emprego desnecessário de antibióticos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Diseases. Red Book: report of the Committee on Infectious Diseases. 27th ed; Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2006.
2. Brook I. The role of anaerobic bacteria in tonsillitis. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2005;69:9-19.
3. Casey JR, Pichichero ME. Higher dosages of azithromycin are more effective in treatment of group A streptococcal tonsillopharyngitis. Clin Infect Dis. 2005;40(12):1748-55.
4. Choby BA. Diagnosis and treatment of streptococcal paharyngitis. Am Fam Phys. 2009;79(5):383-90.
5. Clegg HW, Ryan AG, Dallas SD, Kaplan EL, Johnson DR, Norton J, et al. Treatment of streptococcal pharyngitis with once-daily compared with twice-daily amoxicillin – a noninferiority trial. Pediatr Infect Dis J. 2006;25:761-67.
6. Finnish Medical Society Duodecim. Sore throat and tonsillitis. In: EBM Guidelines. Evidence-Based Medicine. Helsinki, Finland: Duodecim Medical Publications Ltd.; 2005.
7. Gerber MA, Baltimore RS, Eaton CB, Gewitz M, Rowley AH, Shulman ST, et al. Prevention of rheumatic fever and diagnosis and treatment of acute streptococcal pharyngitis. American Heart Association Scientific Statement. Circulation 2009;119(11): 1541-51.
8. Gerber MA. Diagnosis and treatment of pharyngitis in children. Pediatr Clin N Am. 2005;52:729-47.
9. Mar CB, Glasziou PP, Spinks AB. Antibiotics for sore throat (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2007. Oxford: Update software.
10. Pereira MBR, Pereira MR. Adenotonsilites. In: Ferreira JP, ed. Pediatria diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artmed Editora; 2005. p. 365-70.
11. Pereira MBR, Ramos BD. Métodos diagnósticos de patologias do anel linfático de Waldeyer. In: Campos CA, Costa HO, eds. Tratado de Otorrinolaringologia. São Paulo: Roca; 2002. p.721-6.
12. Piltcher SL, Piltcher OB, Petrillo VF. Patologias do anel linfático de Waldeyer. In: Costa SS, Cruz OL. Oliveira JA, eds. Otorrinolaringologia – princípios e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p.784-93.
13. Santos AG, Berezin EN. Comparação entre métodos clínicos e laboratoriais no diagnóstico das faringotonsilites estreptocócicas. J Pediatr (Rio J). 2005;81:23-8.

Rinossinusite viral ou bacteriana?

Dra. Berenice Dias Ramos

A rinossinusite aguda é uma infecção dos seios paranasais, que pode ser de origem viral ou bacteriana. A rinossinusite viral aguda (resfriado comum) é extremamente frequente até os sete anos de idade, podendo ocorrer de 6 a 10 episódios infecciosos ao ano nesta faixa etária.

Nos 2-3 primeiros dias, os sintomas são febre, dor de garganta, espirros, coriza clara e inapetência. Após os primeiros dias, a febre, a dor de garganta e a inapetência tendem a desaparecer; a secreção nasal fica mais espessa, podendo ficar verde ou amarela; a tosse e a obstrução nasal persistem. O quadro dura geralmente 5 a 7 dias, podendo persistir por mais do que 10 dias. Se a infecção é apenas viral, embora os sintomas permaneçam por mais do que 10 dias, o paciente melhora progressivamente. O uso de antibióticos neste quadro está contraindicado, pois os antibióticos não têm nenhuma ação contra vírus.

O tratamento da infecção viral é apenas sintomático, com analgésicos e antitérmicos. As lavagens nasais com soluções de cloreto de sódio, isotônicas ou hipertônicas, também podem auxiliar na diminuição dos sintomas.

A rinossinusite aguda bacteriana geralmente acompanha um episódio viral.

Apenas de 0,5 a 10% das infecções virais evoluem para uma rinossinusite aguda bacteriana, necessitando a utilização de antibióticos.

O exame de imagens não deve ser utilizado para o diagnóstico de infecção bacteriana na infância, pois vários estudos demonstraram que crianças com rinossinusite viral têm alterações idênticas às alterações encontradas na rinossinusite bacteriana, portanto, esse exame não nos auxilia a identificar qual a criança que necessita antibioticoterapia.

A Academia Americana de Pediatria sugere os seguintes quadros clínicos para o diagnóstico de rinossinusite bacteriana na infância:

1. Sintomas prolongados – Secreção nasal abundante e tosse persistente, por mais do que dez a doze dias. Esta forma é a mais frequente e não costuma ser acompanhada de febre.

2. Sintomas severos – Desde o primeiro dia, a criança apresenta febre alta e secreção amarela ou verde abundante, ao contrário da secreção aquosa encontrada inicialmente na infecção viral.

3. Recaída – O quadro não melhora após o quinto dia, ao contrário, piora. Na evolução normal de uma infecção viral, o quadro se inicia com febre, prostração e secreção aquosa. Após o quarto ou quinto dia, os sintomas costumam melhorar. Se houver uma infecção bacteriana associada, a febre retorna, a criança piora e a tosse pode aumentar.

Nas três situações citadas, o médico está autorizado a diagnosticar a rinossinusite bacteriana e prescrever antibiótico. Não há necessidade de radiografias.

Uma vez estabelecido o diagnóstico de rinossinusite bacteriana, o antibiótico de escolha é a amoxicilina (45mg/kg/dia) de 12/12h, durante 10 a 14 dias. Se houver alergia à amoxicilina pode-se utilizar a axetil-cefuroxima (30mg/kg/dia) também de 12/12h.

Quando não há melhora em 48-72h ou houve utilização de antibiótico há menos de 30 dias, utiliza-se a amoxicilina-clavulanato em dose alta (90mg/kg/dia de amoxicilina e 6,4 gm/kg/dia de clavulanato) de 12/12h. Em caso de alergia à amoxicilina, utiliza-se a axetil-cefuroxima (30mg/kg/dia) de 12/12h.

Se a criança apresentar edema de órbita ou prostração intensa, deve ser avaliada pelo otorrinolaringologista.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Management of Sinusitis and Committee on Quality Improvement. Clinical practice guidelines: management of sinusitis. Pediatrics. 2001;108(3):798-808.
2. Kristo A, Uhari M, Luotonen J, Koivunen P, Ilkko E, Tapiainen T, Alho OP. Paranasal sinus findings in children during respiratory infection evaluated with magnetic resonance imaging. Pediatrics. 2003;111:586-9.
3. Revai K, Dobbs L, Nair S, Patel JA, Grady JJ, Chonmaitree T. Incidence of acute otitis media and sinusitis complicating upper respiratory tract infection: the effect of age. Pediatrics. 2007;119(6):1408-12.
4. Thomas M, Yawn BP, Price D, Lund V, Mullol J, Fokkens W. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps group. EPOS Primary Care Guidelines: european position paper on the primary care diagnosis and management of rhinosinusitis and nasal polyps 2007 - a summary. Prim Care Respir. J 2008;17(2):79-89.
5. Wald ER. Acute otitis media and acute bacterial sinusitis. Clin Infect Dis. 2011;52(4):S277-S283.
6. Wald ER, Guerra N, Byers C. Upper respiratory tract infections in young children: duration of and frequency of complications. Pediatrics. 1991;87:129-33.

Reconhecimento e tratamento do choque

Pedro Celiny Ramos Garcia*

Introdução: Choque é uma síndrome clínica, com diferentes etiologias que levam à inadequação do organismo em suprir os tecidos com uma quantidade adequada de sangue saturado de oxigênio. Suspeita de choque séptico é mandatória quando febre, taquicardia e vasodilatação estiverem acompanhadas de mudança do estado mental.

Diagnóstico clínico: Sinais precoces são taquicardia e má perfusão tecidual, seguidas de acidose e disfunção cardiocirculatória. Assim, o diagnóstico clínico deve ser feito na presença de criança com infecção suspeita com hipotermia ou hipertermia e com sinais clínicos de má perfusão tecidual, quais sejam, alteração do estado mental e/ou aumento do tempo de perfusão periférica (maior de 2 segundos – choque frio) e/ou pulsos ruins e/ou extremidades frias e moteadas e/ou tempo de perfusão periférica muito rápido (choque quente) e/ou pulsos periféricos hiperdinâmicos e/ou baixo débito urinário (< 1 ml/kg/h). A presença de hipotensão não é necessária para o diagnóstico de choque séptico, porém, é definitiva.

Manejo inicial do choque séptico: Inicia-se pela estabilização da via aérea e respiração adequada. As decisões de intubar e ventilar são clínicas: sofrimento respiratório, hipoventilação, alteração do estado de consciência ou morte iminente. A circulação é a parte mais evidentemente comprometida e reposição volumétrica agressiva deve ser iniciada tão logo o diagnóstico seja feito. Nossos objetivos terapêuticos são restaurar as mínimas condições clínicas do paciente, melhorando a perfusão (enchimento capilar menor que 2 segundos), com pulsos cheios e extremidades quentes, débito urinário maior que 1 ml/kg/h, estado mental adequado e pressão arterial normal para a idade.

Ressuscitação volumétrica: Para iniciar a ressuscitação volumétrica infundimos 20 ml/kg de soro fisiológico em 5-10 minutos. Na maioria das vezes, são necessários 40-60 ml/kg na primeira hora para reverter o quadro. Em algumas situações, será necessária a utilização de suporte farmacológico no choque grave durante a reanimação com líquidos. Na maioria das vezes estes agentes são administrados quando já não existe resposta à utilização de líquidos em bolo, ocorrência de disfunção miocárdica com débito cardíaco baixo e uma redução da oferta de oxigênio que agrava o quadro.

Choque refratário a volume: Os agentes ativos no sistema cardiovascular utilizados inicialmente podem ser classificados como inotrópicos e vasopressores.

A dopamina (5-15 μg/kg/min) é usada como agente de primeira linha nestas condições. Em doses entre 5 e 10 μg/kg/min tem uma ação predominantemente inotrópica. Doses maiores do que 10 mcg/kg/min ativam sua ação vasopressora. A dobutamina também aumenta a contratilidade miocárdica e frequência cardíaca, diminuindo a resistência sistêmica, e é utilizada associada a dopamina em dose alta.

Choque refratário a volume dopamino resistente: Pacientes que não respondem a infusão inicial de dopamina e dobutamina são estratificados conforme as características clínicas dos pacientes em choque frio ou quente. Choque frio é reconhecido pelas extremidades frias e moteadas, má perfusão periférica com enchimento capilar lento (maior que 2 segundos), pulsos periféricos fracos e débito urinário diminuído (menor que 1ml/kg/h).

Pacientes com choque frio ou com fraca resposta adrenérgica devem ser tratados com infusão de adrenalina em doses médias ou altas (0,2-0,5 μg/kg/min). A adrenalina, pode tanto aumentar a RVS (doses altas) ou diminuir a RVS (baixas doses), enquanto também aumenta a contratilidade miocárdica. Seus efeitos no miocárdio são de inotropismo e cronotropismo.

Choque quente é reconhecido pelo rubor de extremidades, enchimento capilar rápido (menor que dois segundos), pulsos cheios ou oscilantes, mas também débito urinário diminuído (menor que um ml/kg/h). Neste caso recomenda-se a utilização de noradrenalina (0,05 a 0,2 μg/kg/min) pela sua ação vasopressora, que age aumentando a resistência vascular sistêmica e o tônus arterial.

Correção de fatores inotrópicos negativos: Durante o tratamento do choque séptico, a reposição de cálcio, glicose e eletrólitos deve ser realizada para manter níveis séricos normais para otimização da função contrátil do miocárdio. O ultimo consenso em choque pediátrico recomenda o uso de hidrocortisona em pacientes com suspeita de insuficiência adrenal por choque refratário a catecolaminas. Neste caso, utilizamos a Hidrocortisona 4mg/kg em bolus inicial seguida de 2 mg/kg/8hs (6mg/kg/dia) por 7d ou enquanto estiver usando drogas vasoativas.

* Professor Adjunto Doutor do Departamento de Pediatria e do Curso de Pós-Graduação em Pediatria e Saúde da Criança da Faculdade de Medicina da PUCRS. Médico Chefe do Serviço de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital São Lucas da PUCRS.

Conclusão: Pacientes com sepse grave e choque séptico permanecem internados por longos períodos e, apesar do uso de agentes antibióticos e suporte avançado de vida, a mortalidade dessa doença permanece estável na última década. Entretanto, nosso conhecimento a respeito da sepse aumentou drasticamente nos últimos anos, o que abriu as portas para o surgimento de novas possibilidades terapêuticas e diagnósticas que podem levar, finalmente, a uma redução importante da morbidade e mortalidade dessa doença.

Leitura adicional

Garcia PC, Piva JP, Casartelli CH, Branco RG. Condutas práticas para o tratamento do choque séptico. In: Piva JP e Pereira PCR (org.). Medicina Intensiva em pediatria. 1 ed. Rio de Janeiro: Livraria e Editora REVINTER; 2004. v. 1. p.163-177.

Brierley J, Carcillo JA, Choong K et al. Clinical practice parameters for hemodynamic support of pediatric and neonatal septic shock: 2007 update from the ACCC Medicine. Crit Care Med. 2009.

Terapia hídrica de manutenção: o que se recomenda

Alicia Maria Fernandez Fernandez

O sal e água são as drogas que nós recomendamos com maior frequência para crianças em diferentes hospitais. Para lidar com elas, devemos entender suas indicações, contraindicações e dose adequada.

A administração de fluidos intravenosos tem dois objetivos:

1. expandir o espaço extracelular quando estiver em déficit (reabastecimento de déficit);

2. repor perdas basais (reabastecimento de manutenção): indicada quando existe uma contraindicação de utilizar a boca ou quando existe uma intolerância dos mesmos.

As soluções usadas para a renovação da manutenção variaram ao longo dos anos e ainda são motivos de controvérsia. Este fato, juntamente com a temida hiponatremia aguda, adquirida em consequência de uma escolha da solução inadequada, justifica a escolha do tema para esta apresentação.

Um pouco de história

Aqui nos referimos a apenas dois trabalhos.

Allen I, Arieff MD. Hyponatremia, convulsions, respiratory arrest, and permanent brain damage after elective surgery in healthy women. N Engl J Med. 1986; 314:1529-1535.

- 15 mulheres previamente saudáveis, submetidas a cirurgia planejada;
- Na (sódio) antes da cirugia foi 138 mEq/l, em 48 horas, 108 mEq/l – A osmolaridade urinária elevada~;
- 4/15 morreram 9/15 deles tiveram compromisso neurológico sequelar;
- Hiponatremia é atribuído ao SIADH. Os autores não analisaram os fatores desencadeantes.

Muitos autores apontam para o risco de morbimortalidade da hiponatremia que está instalado durante a internação, geralmente nas primeiras 48 horas da administração de soluções hipotônicas. No final da década de 1950, publica um trabalho que está em vigor ainda hoje, com duas exceções:

1. Não tomam em conta as perdas insensíveis;
2. Recomenda o aporte de sódio a 2 miliEq c/ 100 ml (20 miliEq/litro: solução muito hipotônica).

Holliday MA, Segar WE. The maintenance need for water in parenteral fluid therapy. Pediatrics 1957; 34(8): 440-1

Peso (Kg)	Kcal o ml	Kcal o ml
De 3 a 10	100/Kg por día	4 Kg por hora
De 11 a 20	1000 + (50/Kg por día)*	40 + (2 Kg por hora)*
> 20	1500 +(20/Kg por día)**	60 + (1 Kg por hora)**

* para cada Kg acima de 10 Kg
**para cada Kg acima de 20 Kg

Arieff A, Ayus J, Fraser C. Hyponatremia and death or permanent brain damage in healthy children. BMJ. 1992;304(6836):1218-1222.

- Revisão 24.412 admissões de cirugia menor em crianças previamente saudáveis;
- Em 83 (0,84 %) se viu hiponatremia no pós-operatório;
- 7 morreram (8,4 %) e 16 desenvolveram edema cerebral;
- Os pacientes com hiponatremia não corrigida a tempo morreram ou ficaram com sequelas.
- Na antes da cirurgia foi 138+/- 2 mEq/l, depois, estava em 115 + /- 7 mEq/l
- O tempo para a instalação dos sintomas foi entre 3 e 120 horas.

SIADH – a hiponatremia no pós-operatório é devido à retenção de água livre e aumento da eliminação de sódio. Nesse caso, há 2 fatores determinantes da hiponatremia durante a internação:

- o excessivo volume administrado;
- a hipotonia da solução usada.

Os fatores de risco no paciente pediátrico de sofrer SIADH e Hiponatremia, consequentemente, são:

- Peri- e postoperative;
- Na inferior a 135 mEq/l o ingresso;
- Diminuição da volemia vascular de qualquer causa;
- Hipotensão;
- Infecção do SNC (meningite, encefalite);
- TEC;
- Bronquiolite, pneumonia;
- SEPSIS;
- Síndrome perdedor de sal;
- Algumas doenças crônicas: diabetes, mucovisidosis;
- Paciente em estado crítico, de um modo geral.

O que é recomendado?

- Divulgar um bom manejo de fluidos em crianças;
- Lembrar que, quando administradas soluções por via intravenosa, devem ser tomadas precauções da mesma forma que quando se indica outra medicação;
- Retirar as soluções hipotônicas dos diferentes lugares habituais da assistência;
- Calcular a contribuição de volume para cada paciente. Não generalizar;
- Em uma criança que recebe hidratação venosa, deve ser realizado balanço hídrico e ionograma;
- Para a ressurreição de o choque, utilizar solução salina isotônica 0.9% (154 mEq/l NaCl);
- No Uruguai, para reposição a diarreia, se você não pode utilizar a via oral, deve utilizar solução 90 (90 mEq/l NaCl) que é a recomendada, mas pode utilizar SRL ou salina isotônica;
- As maiorias das crianças que necessitam de volume podem receber solução meio salina (75 mEq/l NaCl) com glicose 5% e adicionadas com K. É uma solução hipotônica que é segura se não houver SIADH, que não deve ser utilizada no caso de existir;
- Em caso de existir um risco da SIADH, é recomendado usar solução salina normal (0,9 %) com glicose 5 %;
- No Uruguai, promove-se o abandono do cálculo das contribuições de sódio / Kg de peso corporal;
- Abandonado o uso das soluções que são muito hipotônicas (1/3 salino);
- Recomenda utilizar solução salina isotônica para a reposição do choque ou desidratação grave;
- H20 livre é tomada pela boca, não é administrada por via intravenosa.

É preciso ser prudente no momento de fazer uma indicação e pensar que se não fizermos as coisas certas, podemos provocar danos irreversíveis e até mesmo a morte. Recordemos a frase do poeta chilena Gabriela Mistral "o futuro das crianças é sempre hoje".

Pneumonia que não responde

Paulo JC Marostica

As pneumonias continuam sendo importante problema de saúde pública, sendo uma das principais causas de mortalidade em crianças menores de cinco anos de idade, após o período neonatal.

Diferentes definições são encontradas na literatura para pneumonia. Há a definição "infectopatológica" que leva em consideração a presença de germes no parênquima pulmonar associada à resposta inflamatória (consolidação). Há a definição clínica, baseada na presença de taquipneia, que é a utilizada nos algoritmos da OMS, definição essa pragmática, mas que peca pela falta de especificidade. E, finalmente, há a definição clínico-radiológica, que pressupõe a presença de achados clínicos de pneumonia associados a infiltrados pulmonares na radiografia de tórax. Essas diferentes definições têm grande relevância, pois os diferentes ensaios que testam drogas e modalidades terapêuticas não necessariamente se referem ao mesmo perfil de paciente.

Não se encontra facilmente na literatura a definição do que seja uma pneumonia que não responde, mas, baseando-se no senso comum de tratamento das doenças bacterianas, defini como aquela pneumonia na qual o paciente não apresenta melhora clínica após 48 a 72 horas de tratamento com antimicrobianos.

A primeira pergunta a ser feita nessa situação é se o paciente em questão tem mesmo pneumonia. Muitas malformações pulmonares apresentam-se como uma imagem

torácica em uma criança com febre por outra razão e essa alteração radiológica não melhorará com tratamento antimicrobiano. Raciocínio semelhante pode ser feito em paciente asmático com uma atelectasia.

A segunda pergunta que devemos fazer é se a criança não está realmente melhor. Muitas vezes houve resposta clínica, mas a imagem radiológica pode demorar vários meses para a resolução, não necessitando qualquer intervenção adicional.

No caso de estarmos realmente lidando com uma pneumonia que não responde, ou seja, um paciente mantendo febre e/ou sinais clínicos de pneumonia após uso de antimicrobiano, algumas situações devem ser consideradas.

A presença de uma doença de base como, por exemplo, uma doença neuromuscular com comprometimento da ventilação, pode levar a uma demora mais acentuada na recuperação.

Na presença de imunodeficiências, agentes etiológicos menos frequentes e germes oportunistas podem estar envolvidos e o espectro antimicrobiano deve necessariamente dar cobertura a eles.

Algumas vezes, o germe envolvido é um germe comum, porém, resistente ao esquema empregado. Com frequência, observa-se que um paciente com infecção por germe atípico não recebe cobertura adequada.

Muito se tem falado da resistência bacteriana do pneumococo à penicilina. Deve ser lembrado que, em nosso meio, a prevalência dessa resistência ainda é baixa. Além disso, como o parênquima pulmonar é muito irrigado, parece que somente cepas com MIC muito elevado não apresentam boa resposta à penicilina e, portanto, permanece uma excelente droga para o tratamento das pneumonias causadas por esse agente.

Na prática clínica, no entanto, a situação mais comum de resposta inadequada ao tratamento com antibióticos é o surgimento de complicações da pneumonia, principalmente o surgimento de derrame pleural que pode evoluir para empiema pleural. Essa complicação está associada a uma evolução mais arrastada, com febre prolongada e requer, muitas vezes, intervenções adicionais.

Literatura sugerida

1. Rudan I, Boschi-Pinto C, Biloglav Z, Mulholland K, Campbell H. Epidemiology and etiology of childhood pneumonia. Bull World Health Organ. 2008;86:408-416.
2. Bradley JS. Management of community-acquired pediatric pneumonia in an era of increasing antibiotic resistance and conjugate vaccines. Pediatr Infect Dis J. 2002;21:592–598.
3. Heffelfinger JD, Dowell SF, Jorgensen JH, Klugman KP, Mabry LR, Musher DM, Plouffe JF, Rákowsky A, Schuchat A, Whitney CG, and the Drug-Resistant Streptococcus pneumoniae Therapeutic Working Group. Management of community-acquired pneumonia in the era of pneumococcal resistance. Arch Intern Med. 2000;160:1399-1408.
4. Mamtani M, Patel A, Hibberd PL, Tuan TA, Jeena P, Chisaka N, Hassan M, Radovan IM, Thea DM, Qazi S, Kulkarni H. A clinical tool to predict failed response to therapy in children with severe pneumonia. Pediatr Pulmonol. 2009;44:379-386.
5. Vuori-Holopainen E, Salo E, Saxén H, Hedman K, Hyypiä T, Lahdenperä R, Leinonen M, Tarkka E, Vaara M, Peltola H. Etiological diagnosis of childhood pneumonia by use of transthoracic needle aspiration and modern microbiological methods. Clin Infect Dis. 2002;34:583-590.
6. Coote NMA, Craig J, Heath PT, McKenzie AS, Saul P, Smyth R, Thomson AH for Pneumonia in Childhood Guideline Development Group of BTS Standards of Care. BTS guidelines for the management of community-acquired pneumonia in childhood. Thorax. 2002;57(Suppl 1):i1-i24.
7. Balfour-Lynn IM, Abrahamson E, Cohen G, Hartley J, King S, Parikh D, Spencer D, Thomson AH, Urquhart D on behalf of the Paediatric Pleural Diseases Subcommittee of the BTS Standards of Care Committee BTS guidelines for the management of pleural infection in Children Thorax. 2005;60(Suppl I):i1-i21.
8. Diretrizes brasileiras em pneumonia adquirida na comunidade em pediatria. 2007. J Bras Pneumol. 2007;33(Supl 1):S 31-S 50.

Asma: manejo da intercrise

Paulo Marcio Pitrez

O objetivo do tratamento da asma é o controle da doença. Além da educação familiar sobre a doença e medidas básicas de higiene ambiental, o controle medicamentoso deve ser sempre considerado naqueles casos de asma persistente. Este controle é considerado quando a criança apresenta ausência de: sintomas diurnos, sintomas noturnos, limitação nas atividades físicas, necessidade de medicação de resgate, exacerbações e função pulmonar alterada (quando for possível a realização de espirometria)

Tratamento farmacológico

A escolha dos fármacos e regime de tratamento deve seguir inicialmente a classificação da gravidade da doença do paciente, segundo diretrizes internacionalmente consagradas. A partir deste momento, muda-se o tratamento de acordo com o controle da doença, aumentando ou reduzindo doses, adicionando ou removendo fármacos. A administração das medicações preventivas na criança devem

ser prescritas através de inalador dosimetrado (*spray*), com espaçador dotado de máscara facial (para os menores de 4 anos) ou bocal (usualmente entre 4 e 6 anos).

Classificação da gravidade e tratamento

A frequência e intensidade dos sintomas, assim como sua repercussão nas atividades habituais e necessidade de utilização de corticoides sistêmicos, hospitalizações e demanda por serviços de urgência são informações importantes para classificar a gravidade da asma como doença crônica e decidir pela melhor opção terapêutica. A classificação da asma segue a recomendação do *Global Initiative for Asthma* (GINA) e pode ser acessado em www.ginasthma.org.

Além das medidas de controle ambiental e educação do paciente e da família, a asma não controlada ou persistente necessita de medicação profilática de uso contínuo (terapia de manutenção). O corticoide inalatório (CI) é a opção de melhor relação entre custo e efetividade. Além deles, pode-se recorrer aos beta-2 agonistas de longa duração (LABAs), liberados para uso em crianças acima de 6 anos, e aos antileucotrienos. Estas medicações são utilizadas em geral como uma forma de se evitar o uso de doses mais altas de CI. O LABA não deve ser usado em monoterapia, devendo ser sempre associado ao CI. O anti-leucotrieno é uma opção como monoterapia em lactentes e crianças com asma persistente leve (ver www.ginasthma.org).

A posologia deve ser a mais simples possível, uma ou, quando necessário, duas administrações diárias visando facilitar a adesão. O uso de espaçador com CI e LABA deve sempre ser recomendado por garantir melhor deposição pulmonar e menor incidência de efeitos colaterais. Para crianças maiores e adolescentes, os inaladores de pó são uma alternativa segura que permite maior comodidade de uso.

O tratamento de manutenção tem caráter dinâmico e a criança deve ser periodicamente reavaliada, idealmente a cada três meses. É difícil predizer a resposta clínica ao tratamento. Para a maioria dos medicamentos de controle, a melhora pode acontecer dentro de alguns dias após o início do tratamento, mas o benefício completo pode ser evidente apenas no decurso de 3 a 4 meses. Existem poucos dados resultantes de ensaios clínicos controlados sobre o momento ideal, sequência e magnitude da redução da dosagem da corticoterapia inalatória e drogas a ela acrescidas. A abordagem poderá ser diferente em pacientes distintos, dependendo do esquema e das doses que forem necessárias para alcançar o controle. As mudanças devem ser discutidas com a família, colocando-se a possibilidade do reaparecimento de sintomas e exacerbações durante a modificação do regime terapêutico. O GINA recomenda que, após obtenção do controle dos sintomas por três meses, a dose de CI seja reduzida, e se o controle for mantido por um ano, que o CI seja suspenso com observação clínica posterior. É importante saber que diante de sintomas parcialmente ou não controlados, antes de se elevar a dose do CI ou associar outros medicamentos, deve-se atentar para a possibilidade de má adesão, erros na técnica inalatória, fatores desencadeantes de origem ambiental e presença de comorbidades.

Os corticoides inalatórios em doses baixas e médias são medicamentos seguros e os efeitos colaterais mais comuns são locais (candidíase oral e disfonia), e são reduzidos com a utilização de espaçadores e por enxágue (seguido ou não à escovação dos dentes) da cavidade oral após a sua administração. Quando ocorre eventual redução da velocidade de crescimento, esta acontece mais no primeiro ano de tratamento e é temporária. Estudos têm demonstrado que crianças com asma, tratadas com CI, atingem a altura final esperada na vida adulta. Por outro lado, sabe-se que a asma grave não controlada afeta de forma adversa o crescimento e a altura final.

Ao se deparar com uma criança com asma, o médico deve principalmente procurar conhecer a característica da doença da criança, acompanhar sua evolução, perceber as dificuldades existentes e observar a resposta à proposta terapêutica, reavaliando e adaptando sempre às demandas e possibilidades do paciente e da família. Dialogar sobre a real possibilidade de controle da doença e mesmo de sua remissão é reconfortante e encorajador. É fundamental tornar claro para pacientes e familiares que, ainda que o tratamento não seja simples e os resultados não sejam imediatos, os conhecimentos e recursos terapêuticos atuais possibilitam, com certeza, uma ótima qualidade de vida aos pacientes com esta doença.

Nutrição do pré-termo após a alta

Dra Rita de Cássia Silveira*

A maioria dos prematuros experimenta uma situação de déficit nutricional durante a hospitalização na UTI Neonatal, classicamente conhecida como crescimento extra-uterino restrito. O déficit de crescimento após a alta hospitalar tende a ser sustentado; tanto que no seguimento ambulatorial aos 18 a 22 meses de idade corrigida aproximadamente 40% dos prematuros ainda apresenta significativo déficit de crescimento. Desta forma, após a alta da UTI Neonatal, nosso papel é determinar o requerimento nutricional do prematuro para que haja crescimento harmônico, com especial atenção no *catch up* do crescimento. O *catch up* tem que ocorrer no momento ideal, não muito precoce para que não predisponha a Síndrome Metabólica na vida adulta, nem tardio o que poderá causar déficit nutricional e por consequência atraso no neurodesenvolvimento.

As necessidades nutricionais dos prematuros ainda não estão completamente definidas na literatura, mas se acreditam que sejam maiores que as de crianças nascidas a termo, em função do objetivo de recuperação de um déficit prévio no crescimento (*catch up*). De forma geral, é aceito como necessidades básicas no primeiro ano de vida a oferta hídrica de 150 – 200 ml/kg/dia; calórica de 120 – 130 cal/kg/dia; proteica de 2,5 -3,5 g/kg/dia; lipídica de 6,0 – 8,0 g/kg/dia e de carboidratos de 10 - 14 g/kg/dia. Para alcançar esta meta nutricional básica, o prematuro necessita um programa de orientação alimentar e nutricional padronizado, incluindo rotinas básicas e adequando as suas necessidades. O pediatra necessita estar preparado para orientar a família e coordenar a equipe multiprofissional que usualmente acompanha as crianças muito prematuras.

O leite materno é sempre a primeira escolha na alimentação enteral após a alta. Fórmulas lácteas para primeiro (de início) e segundos semestres (de seguimento); são alternativas ao aleitamento materno (AM), podendo ser empregadas em conjunto com AM se for necessário (aleitamento misto). O volume de 200 ml/kg/dia das fórmulas de início é suficiente para oferta proteica e calórica adequadas.

Nos prematuros com ganho de peso subnormal para idade pós-concepcional ou com Displasia broncopulmonar, onde há a necessidade de restrição hídrica, está indicado suplementar com altas ofertas de proteína, minerais e oligoelementos além de LC-PUFAS, pelo menos até 52 semanas de idade corrigida. Como nestes casos mais graves o aleitamento materno é mais difícil, pois a longa permanência na UTI neonatal gera maior nível de *stress* e prejudica o pleno aleitamento materno, a alternativa é o uso de fórmulas infantis mais concentradas (uma medida do pó em 25 ml de água fervida, ao invés dos 30 ml recomendados pelo fabricante, o que resulta em densidade calórica 20% maior e obtém-se com volume 150 ml/kg/dia a oferta calórica de 120 Kcal/kg/dia).

O início da alimentação complementar depende da maturidade neurológica da criança, razão pela qual emprega-se a idade corrigida como parâmetro de decisão, e não a idade cronológica da criança. A idade corrigida ou pós-concepcional (IC) é determinada pela seguinte fórmula: IC= I cronológica (dv ou sem) – (40 sem - IGP sem).

A criança nascida prematura é capaz de fazer rolar para 2/3 posterior da língua os alimentos semi-sólidos colocados no 1/3 anterior da língua entre três e quatro meses de idade corrigida, já o reflexo de mastigação estará presente somente entre cinco e seis meses de IC; nesta fase, a criança é capaz de controlar o reflexo de abrir a boca para dar entrada à colher e girar a cabeça para os lados. Nas crianças em aleitamento misto (a maioria), inicia-se alimentação complementar entre quatro e seis meses de IC e quando a criança adquire pelo menos 5 kg de peso, ou seja, tem condições de gastar calorias. A alimentação complementar é iniciada aos seis meses de idade corrigida, nas crianças em aleitamento materno exclusivo, já o prematuro que recebe apenas aleitamento artificial poderá iniciar com alimentação complementar mais cedo, com três meses de idade corrigida.

Suplementos: vitaminas, ferro e zinco

A suplementação com ferro e vitaminas ACD inicia na internação neonatal. As vitaminas com 10 dias de vida e o ferro entre 15 dias e dois meses de vida, quando haveria a queda da saturação dos transportadores plasmáticos e da ferritina, o início depende ainda das condições clínicas para alimentação enteral. A quantidade do ferro ofertada varia com o mais baixo peso ao nascer: nos prematuros acima de 1.500 gramas de peso de nascimento, a partir de 30 dias de vida, recomenda-se 2 mg /kg/dia durante 1 ano e 1 mg/kg/dia por mais 1 ano, naqueles nascidos entre 1.500 gramas e 1.000 gramas de peso, 3 mg/kg/dia durante 1 ano e mais 1 mg/kg/dia entre 1 e 2 anos de idade e aos recém-nascidos com peso inferior a 1.000 gramas, deve ser ofertado 4 mg /kg/dia durante 1 ano e 1 mg /kg/dia mais 1 ano.

* Membro DC Neonatologia SBP. Professora Departamento de Pediatria Universidade Federal do RS. Chefe do Ambulatório de Neonatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

O zinco é oligoelemento fundamental nos processos fisiológicos que envolvem função imune, defesa antioxidante e influencia no crescimento e no desenvolvimento de tal forma que a sua deficiência pode causar déficit de crescimento pôndero-estatural. A suplementação diária com 5 mg de zinco por seis meses melhora significativamente crescimento do prematuro. O sulfato de zinco é iniciado com 36 semanas de idade corrigida, até o sexto mês de idade corrigida. O Sulfato de zinco deve ser formulado (10 mg/ml) e adicionado a oferta alimentar.

Dificuldades comportamentais alimentares

As dificuldades alimentares do prematuro podem ser consequências de alguma morbidade do período neonatal, como enterocolite necrosante ou displasia bronco-pulmonar, ou ainda causada pelo "stress de memória". O uso prolongado de sonda gástrica tem sido descrito como causa de fobia alimentar no seguimento ambulatorial após a alta. A fobia alimentar pode ocorrer sempre que a criança sofreu alguma experiência assustadora (engasgo por disfagia, distúrbio de deglutição, problemas neurológicos, são alguns exemplos). Dentre as manifestações clínicas que auxiliam no diagnóstico de fobia alimentar há a presença de comportamento oral defensivo importante, a criança chora ao ver o alimento ou a mamadeira, resiste à alimentação (arqueando o corpo, recusando-se a abrir a boca); disfagia orofaríngea com sinais clínicos de aspiração para todas as consistências (tanto líquida, quanto pastosa); reflexo de náusea muito acentuado, contribuindo para ocorrência de vômitos e demanda de muito tempo durante as refeições e lanches: em média uma hora/refeição.

Concluindo, devemos monitorizar a ingestão calórica e interpretar o ritmo de crescimento do prematuro, baseando-se em um entendimento mais amplo da história pregressa de cada um destes pré-termos, as morbidades durante sua longa permanência na UTI Neonatal, os problemas no *follow-up* e expectativas de crescimento no futuro. A adequada orientação alimentar enteral pós-alta, especialmente no primeiro ano de vida, amplia a expectativa de melhor qualidade de vida ao prematuro, proporcionando crescimento e desenvolvimento saudáveis, enquanto processos integrados e contínuos.

Referências

1. Euser AM, de Witt CC, Finken MJJ, Rijken M, Wit JM. Growth of preterm born children. Horm Res. 2008;70:319-328.
2. Dusick AM, Poindexter BP, Ehrenkranz RA, Lemons JA. Growth failure in the preterm infant: can we catch up? *Sem Perinatol*. 2003;27 (4):302-310.
3. Silveira RC, Procianoy RS. Crescimento nos primeiros anos de vida de recém-nascidos de muito baixo peso. In: Procianoy RS, Leone CR, editores. PRORN. Ciclo 7- Módulo 4. Porto Alegre: Artmed/ Panamericana editora. 2010;p 49-86.
4. Lin H-C, Hsu C-H, Chen H-L, Chung MY, Hsu JF, Lien R et al. Oral probiotics prevent necrotizing enterocolitis in very low birth weight preterm infants: a multicenter, randomized, controlled trial. Pediatrics. 2008;122:693-700.
5. Sices L, Wilson-Costello D, Minich N, Friedman H, Hack M. Post-discharge growth failure among extremely low birth weight infants: Correlates and consequences. Paediatr Child Health. 2007;12: 22-28.
6. Mozaffari-Khosravi H, Shakiba M, Mohamad-Hassan E, Fatehi F. Effects of zinc supplementation on physical growth in 2–5-year-old children,. Biol Trace Elem Res. 2009;128:118-127.

Sepse neonatal

Renato S. Procianoy*

A sepse é uma das principais causas de morbi-mortalidade no período neonatal. A incidência varia de 1 a 8 casos por cada 1.000 nascidos vivos, sendo que nos recém-nascidos pré-termos com peso de nascimento inferior a 1.500 gramas, a incidência de sepse comprovada por cultura positiva está entre 11% e 25%.

O diagnóstico e a antibioticoterapia precoces, acompanhados do manejo apropriado dos problemas metabólicos e respiratórios, podem reduzir de forma significativa os problemas relacionados com a sepse neonatal.

A sepse precoce ocorre nas primeiras 48 a 72 horas de vida e os agentes etiológicos, quando identificáveis, pertencem ao trato genital materno, sendo os mais frequentes o *Streptococcus agalactiae* e *Escherichia coli*.

A sepse tardia ocorre após as primeiras 72 horas de vida e os agentes etiológicos quando identificáveis são os germes hospitalares quando o recém-nascido está internado (mais frequentes:*Stpahylococcus* coagulase negativo e gram- negativos) ou germes comunitários (mais frequente *Staphylococcus aureus*) quando o recém-nascido está no domicílio.

O diagnóstico da sepse neonatal precoce é difícil. Os sinais clínicos iniciais podem ser mínimos ou inespecíficos e os exames laboratoriais auxiliares apresentam sensibilidade

* Prof. Titular de Pediatria da UFRGS. Chefe do Serviço de Neonatologia do HCPA.

e especificidades inferiores ao ideal esperado. A presença do germe em culturas é considerada "padrão-ouro" para diagnóstico. É importante salientar que o risco de infecção em recém-nascido assintomático é baixo.

O diagnóstico da sepse neonatal precoce se baseia em:

- Fatores de risco maternos;
- Manifestações clínicas do recém-nascido;
- Exames laboratoriais.

Fatores de risco maternos

- Febre materna;
- Infecção urinária;
- Ruptura de membranas;
- Infecção do trato genital.

Manifestações clínicas do recém-nascido:

- Instabilidade térmica;
- Apneia, bradipneia, gemência, taquipneia, retrações esternais e subcostais, batimentos de asas nasais e cianose;
- Hipotonia e convulsões;
- Irritabilidade e letargia;
- Sintomas gastrintestinais, como distensão abdominal, vômitos, resíduo gástrico e dificuldade de aceitação alimentar;
- Icterícia idiopática;
- Palidez cutânea, pele fria e sudorética, hipotensão e tempo de enchimento capilar superior a 3 segundos.
- Sinais de sangramento, com quadro clínico sugestivo de coagulação intra-vascular disseminada;
- Avaliação subjetiva: RN que "não parece estar bem".

Exames laboratoriais

- Exames bacteriológicos:
  - Hemocultura;
  - Exame de líquor;
  - Urocultura em sepse tardia.
- Exames coadjuvantes:
  - Leucograma: leucocitose > 25.000; ou leucopenia <5.000;
  - Relação neutrófilos imaturos/neutrófilos totais >0,2;
  - Contagem de plaquetas menor que 100.000.
- Testes imunológicos:
  - Proteína C-reativa: > 10 mg/L;
  - Procalcitonina: pouco utilizada;
  - Citocinas: mais em uso de pesquisa.

Manejo:

- Antibioticoterapia:
  - Empírica**:** a seleção de antibióticos deve ser baseada na história e colonização materna quando conhecida. Para sepse precoce, a associação de Ampicilina e Gentamicina.

  Para sepse tardia hospitalar, a associação de vancomicina e amicacina e para a sepse tardia domiciliar a associação de oxacilina e amicacina
- Medidas terapêuticas adjuvantes:
  - Suporte hemodinâmico;
  - Controle da temperatura corporal;
  - Controle da pressão arterial, frequência cardíaca, freqüência respiratória, diurese;
  - Controle da saturação da oxihemoglobina;
  - Controle da glicemia, infusão de soluções hidroeletrolíticas e suporte nutricional.
- **Medidas adjuvantes específicas (muito pouco utilizadas):**
  - Imunoglobulina endovenosa;
  - Transfusão de granulócitos;
  - Transfusão de plasma fresco congelado;
  - Fatores estimulantes de colônias: rhG-CSF (fator estimulador de colônias de granulócitos): só quando prematuro com neutropenia (<1000 neutrófilos).

Manejo das icterícias neonatais

Marcelo P. Porto

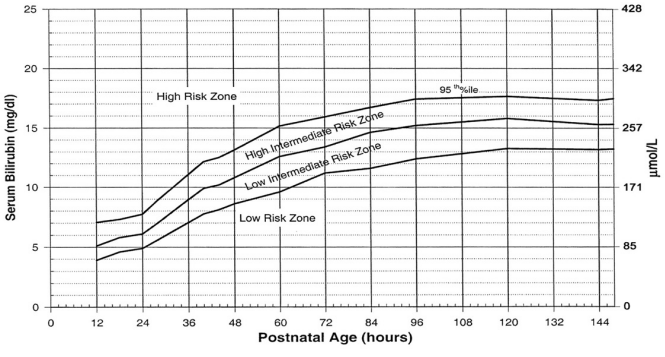
A icterícia é um dos problemas neonatais mais comuns, sendo a expressão clínica da hiperbilirrubinemia, que é definida por uma concentração sérica de bilirrubina indireta (BI) maior que 1,3 a 1,5mg/dl ou de bilirrubina direta (BD) maior que 1,5mg/d, desde que essa corresponda a mais de 10% do valor de bilirrubina total (BT). No entanto, ainda se verifica manejo incorreto dessa condição. Na maior parte das vezes, a icterícia se deve a um aumento da fração indireta da bilirrubina e tem evolução benigna. Entretanto, alguns recém-nascidos, com níveis altos de bilirrubinas (Bb), podem desenvolver encefalopatia bilirrubínica. Portanto, é fundamental que se diagnostique e trate adequadamente a icterícia, para que se evite a alta morbidade e mortalidade dessa condição.

A icterícia neonatal tem progressão cefalocaudal e é perceptível com níveis de BT > 5 – 7mg/dl. A pele deve ser observada em ambiente bem iluminado (preferencialmente com luz natural), devendo ser pressionada com o dedo para que se observe o subcutâneo também. No entanto, a avaliação da coloração amarelada da pele é subjetiva e sujeita a variações individuais, não sendo um bom preditor da gravidade da hiperbilirrubinemia. A forma de avaliação não invasiva mais confiável é a medida transcutânea da bilirrubina. No entanto, para valores >13 – 15mg/dl há a necessidade de corroboração por medida sérica.

Alguns critérios sugerem a presença de icterícia patológica e a diferenciam da fisiológica: surgimento < 24horas de vida; BT > 4mg/dl em sangue de cordão; aumento de BI ≥ 0,5mg/hora entre 4-8 horas nas primeiras 36 horas de vida; aumento de BI ≥ 5mg/dl/dia; BT ≥ 13mg/dl no RNT; BT ≥ 10mg/dl no RNPMT; Icterícia por > 10 dias no RNT; Icterícia por > 21 dias no RNPMT.

Os exames iniciais são: tipagem sanguínea e coombs indireto - mãe (devem constar no pré-natal); no RN: bilirrubinas séricas, tipagem sanguínea, coombs direto, Ht e Hb e reticulócios. Outros exames serão feitos conforme a situação exigir. Mas, em casos de aumento de BD, especialmente em icterícias prolongadas, incluir testes de função hepática, TORCH, triagem para sepse e EIM. Lembrar que o diagnóstico de atresia de vias biliares deve ser feito cedo. Portanto, SEMPRE que ocorrer icterícia prolongada (> 14 dias), deve ser feita dosagem sérica de BT e frações, não se pode avaliar somente clinicamente e nem com bilirrubina transcutânea.

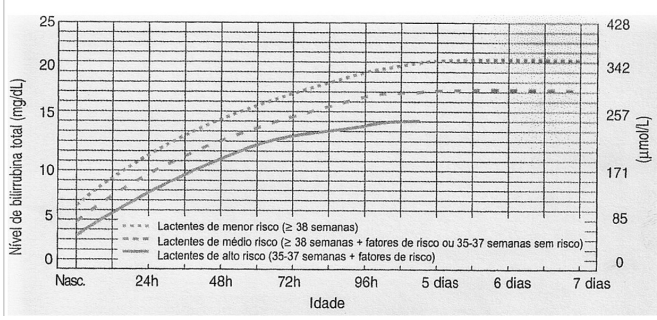
O manejo da hiperbilirrubinemia em RNs com ≥ 35sem IG é feito da seguinte forma: avaliar se RN possuem algum fator de risco para hiperbilirrubinemia grave (idade gestacional 35 – 36 sem., icterícia precoce, perda importante de peso, presença de hematomas, dentre outros); classificar RN conforme nomograma de designação de risco e definir conduta; em RNs de alto risco indicar fototerapia ou exsanguíneo transfusão de acordo com diretrizes da Academia Americana de Pediatria.



Nomograma de designação de risco em RNs saudáveis ≥ 36 semanas IG e peso de nascimento ≥ 2.000g ou ≥ 35 semanas e peso de nascimento ≥ 2.500g conforme valores de Bb hora-específicos (Fonte: Bhutani e cols, 1999)

Todos RNs cujos valores de Bb se encontram no nomograma em zonas de risco intermediário ou alto devem ser reavaliados com BT ou sérica, em período de tempo mais curto (24-48horas). Os que se encontram em zona de baixo risco devem ser reavaliados clinicamente em 48 horas.

A indicação de fototerapia ou exsanguíneo transfusão, conforme as diretrizes da AAP, dependerá do tipo de icterícia (hemolítica ou não) e de características próprias do RN, como idade gestacional, idade em horas de vida e a presença de fatores de risco para dano do SNC (doença hemolítica isoimune, deficiência de G6PD, asfixia, letargia, instabilidade térmica, sepse, acidose, hipoalbuminemia). As diretrizes da AAP são para RNs com >35 semanas de IG e levam em conta a BT (não descontar a BD) e o uso de fototerapia intensiva (mínimo 30µW/cm²/nm; medida ao nível da pele do RN e que atinja a maior superfície corporal possível). A intensidade da fototerapia pode ser aumentada por meio do uso de aparelhos que emitam luz em intensidade maior ou pela adição de mais aparelhos. Lembrar que a fototerapia é um tratamento que pode ter efeitos colaterais e, portanto, deve ter indicações precisas, cuidados com a dose e ser utilizado pelo menor tempo possível. Suspender quando a bilirrubina cair abaixo do nível de indicação. Após 12-24 horas da interrupção, deve-se dosar a BT sérica para identificar a ocorrência de rebote.



Diretrizes para fototerapia em recém-nascidos hospitalizados com ≥ 35 sem. AAP. Pediatrics. 2004;114:297-316.

Para definir os níveis de BT para realização de exsanguíneo transfusão (EST) deve-se seguir as diretrizes da AAP, que podem ser encontradas na seguinte referência: *AAP*. Pediatrics. 2004;114:297-316. Nas situações a seguir podem-se definir as seguintes regras: Realizar EST: **Logo após nascimento**: Hidropsia fetal; mães com antecedentes de perdas fetais por DHRh, ou que na gestação atual já apresentem indícios de DHRh grave e que tenham sinais clínicos e laboratoriais; mães sensibilizadas (CI +), RN com CD + e BI sangue de cordão ≥ 4mg/dl ou Hb ≤ 13g%; **Nas 1ªs 24 horas**: ↑ BI > 0,5mg/dl/h; **Após 24 horas**: RN com PN ≤ 1.800g e BI >1% do PN; RN com PN > 1.800g e BI ≥ 18 mg/dl (Leone CR. Doença Hemolítica Rh e ABO: Aspectos Atuais. PRORN Ciclo 3, Módulo 2).

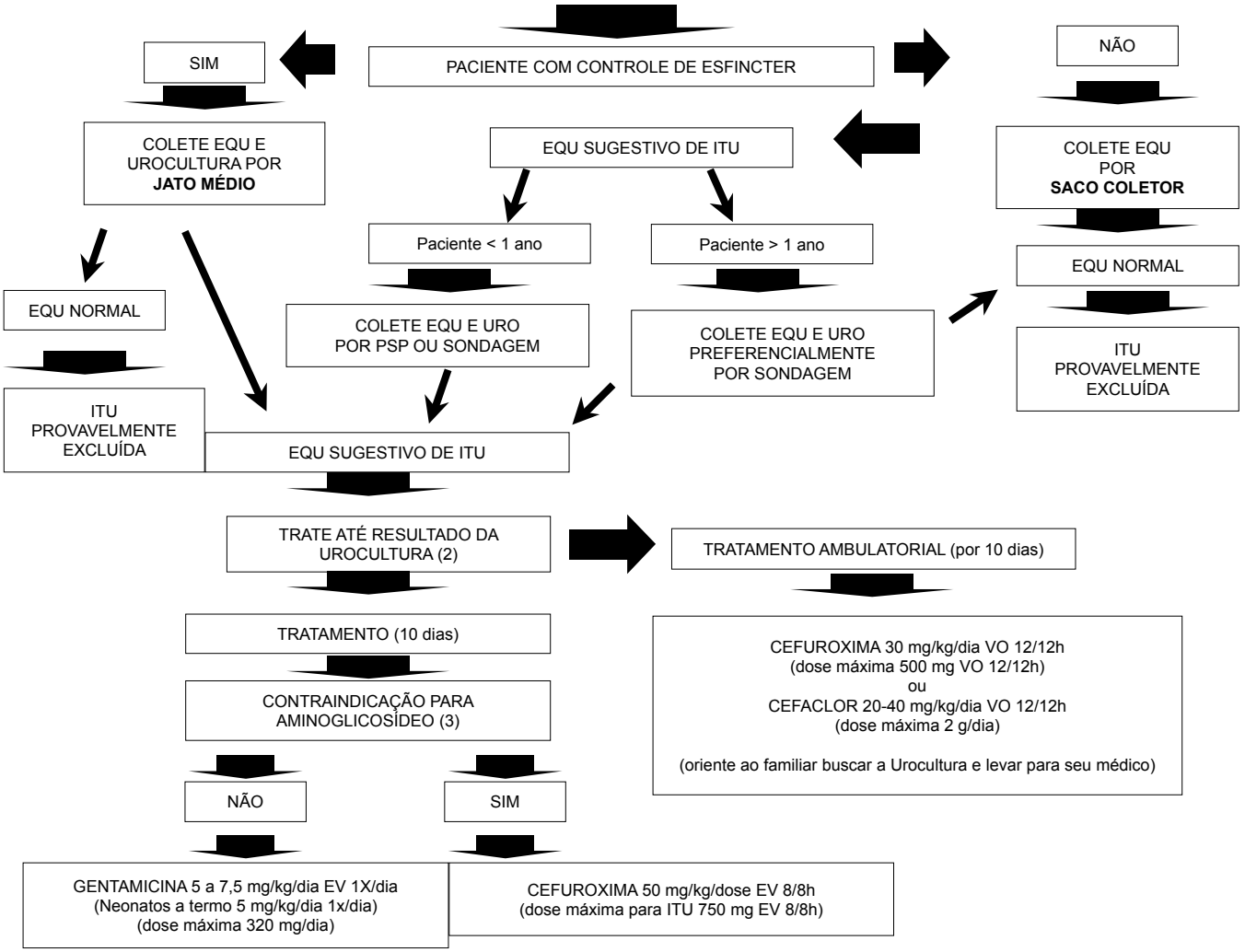
Outras modalidades de tratamento: Fenobarbital: ↑ conjugação da Bb (útil para tratar a hiperbilirrubinemia indireta da S. Crigler-Najar II e a hiperbilirrubinemia direta associada a NPT; Agar oral: diminui a circulação enterohepática; Metaloporfirinas: competem com a hemeoxigenase e assim, diminuem a produção de Bb (Incomp. ABO, Crigler-Najar tipo I); IVIg: inibe hemólise (doença hemolítica isoimune).

Encefalopatia bilirrubínica:

Prevenção:
- Estímulo ao aleitamento materno frequente;
- Monitoração clínica sistemática do RN em alojamento conjunto;
- Evitar alta precoce (<48 horas e em RN com potencial para doença hemolítica, 72h);
- Reavaliação precoce do RN após a alta;
- Antecipação das situações de risco (mãe Rh neg, grupo O, traumatismo de parto, asfixia e outros);
- Adotar condutas considerando fatores de risco e utilizando o nomograma hora-específico de BT p/ designação de risco;
- Indicar fototerapia e EST de acordo com as diretrizes propostas pela AAP.

Protocolo para tratamento de pielonefrite em menores de 18 anos

Dra. Clotilde Garcia



Observações:

1) NUNCA trate ITU com diagnóstico por saco coletor. Colete novamente de forma adequada (ex.: PSP. Jato médio);
2) Com o resultado da Urocultura em mãos, troque para o antimicrobiano com menor espectro (ex.: paciente em uso de cefuroxima, urocultura com sensibilidade a cefalexina → troque para cefalexina);
3) Contraindicação para aminoglicosídeos: IRC, transplantado renal, demais vide bula;
4) CIPROFLOXACINA reservada para casos especiais (ITU repetição com bactéria isolada previamente somente sensível a ciprofloxacina). Prefira discutir o caso com CCIH. Em adolescentes, usar cefuroxima;
5) DOSES DO CEFUROXIMA: Lembre-se EV = 150mg/kg/dia 8/8h / e VO = 30mg/kg/dia 12/12h;
6) TRATAMENTO ITU BAIXA: Acido Nalidíxico 55mg/kg/dia VO 6/6h ou Nitrofurantoína (100mg) 5-7mg/kg/dia VO 6/6h;
7) Lembre-se de iniciar profilaxia após ITU, dose única antes de dormir: < 3 meses Cefalexina 12,5mg/kg 1x/d / > 3 meses Nitrofurantoina 2-3mg/kg 1x/dia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Prospective, randomized trial comparing short and long intravenous antibiotic treatment of acute pyelonephritis in children: dimercaptosuccinic acid scintigraphic evaluation at 9 months. Pediatrics. 2008 Mar;121(3):e553-60. Epub 2008 Feb 11.
2. Early switch to oral versus intravenous antimicrobial treatment for hospitalized patients with acute pyelonephritis: a systematic review of randomized controlled trials. Curr Med Res Opin. 2008 Dec;24(12):3423-34.
3. Retrospective study of children with acute pyelonephritis. Evaluation of bacterial etiology, antimicrobial susceptibility, drug management and imaging studies. Nephron. 2002 Jan;90(1):8-15.
4. Practice Parameter: The diagnosis, treatment, and evaluation of the initial urinary tract infection in febrile infants and young children. Pediatrics. 1999 apr;103(4):843-852.

Alterações anatômicas e funcionais do trato urinário: o que fazer?

Dr. Nicolino Rosito

O conhecimento das alterações, tanto anatômicas como funcionais, do trato urinário no período fetal possibilita avaliar o comprometimento da função e, inclusive, realizar cirurgia intrauterina na tentativa de prevenir a displasia renal, preservar a função dos rins e evitar a hipoplasia pulmonar associada com o oligodrâmnio.

A abordagem das malformações urinárias deve ser multidisciplinar e o diagnóstico precoce das anomalias urinárias diminui a morbidade, principalmente do ponto de vista infeccioso, onde se pode minimizar a recorrência de infecções, evitando, assim, o dano renal.

O resultado perinatal nas uropatias fetais está diretamente relacionado ao grau de acometimento anatômico e funcional dos rins. Portanto, a associação de mau prognóstico com agenesia, lesões displásicas, obstruções baixas e bilateralidade do acometimento renal é esperado. O diagnóstico pré-natal das malformações do trato urinário pode influenciar favoravelmente no prognóstico perinatal pela oportunidade de investigação diagnóstica, tratamento precoce e seguimento especializado.

A definição de hidronefrose fetal pela Sociedade de Urologia Fetal (SUF) está baseada no diâmetro antero-posterior (DAP) de pelve renal > 4 mm. Este achado pré-natal é de aproximadamente 1:188 fetos, sendo que 50% das ecografias com hidronefrose pré-natal são normais após o nascimento. Se o DAP ≥ 20 mm, 94% têm significativa anormalidade que requer cirurgia ou acompanhamento rigoroso, se DAP 10-15 mm, 50% têm anormalidade e se DAP £ 10 mm, 3% têm anormalidade. Quando associado ao MAG3, os critérios de indicação de tratamento pela SUF são: Hidronefrose leve (SFU grau 2, DAP ≤ 15 mm): Tratamento conservador; Hidronefrose grave com boa função (SFU grau 3 ou mais, DAP > 15 mm, função renal > 40%): Tratamento conservador; Hidronefrose grave com função deprimida (SFU grau 3 ou mais, DAP > 15 mm, Função renal < 40%): Tratamento conservador na maioria dos casos. Indicação cirúrgica individualizada; Hidronefrose grave com função renal diminuída (SFU grau 4, DAP > 20 mm, função renal < 40%): Tratamento cirúrgico na maioria dos casos; Hidronefrose bilateral → Similar à hidronefrose unilateral; Hidronefrose grave bilateral → indicação de cirurgia é mais provável.

Dessa maneira, é importante saber pela ecografia pré-natal o DAP da pelve renal, a espessura do parênquima renal, se a hidronefrose é bilateral e se tem dilatação ureteral.

Após o nascimento e em qualquer período da infância, se ocorrer infecção urinária, deve-se investigar sempre a

causa. Assim como os pacientes que apresentam sintomas urinários, tais como gotejamento, disúria, polaciúria, urgência miccional, retenção urinária e incontinência urinária.

As alterações, tanto anatômicas como funcionais do trato urinário, geralmente desencadeiam sintomas e/ou sinais de dilatação do aparelho urinário que podem ser diagnosticados com exames de imagem:

1 – Ecografia: quando o objetivo é avaliar o aparelho urinário, o primeiro exame solicitado é a ecografia com doppler a cores, que mostra muitos achados importantes, como a silhueta e a dinâmica do sistema urinário. A ecografia mostra a presença de dilatação do aparelho urinário, o fluxo urinário, a espessura do parênquima renal, espessura e contração do detrusor, capacidade vesical, resíduo pós miccional, presença de cálculos, etc.

2 – Uretrocistografia miccional (UCM): avalia a uretra, a bexiga e a dinâmica miccional, que é útil para o diagnóstico de alterações anatômicas da uretra e bexiga como divertículos, espessura e forma anormal da parede vesical, colo vesical e uretra, a presença de válvula de uretra posterior ou anterior, ureterocele, refluxo vesicoureteral (RVU) e o esvaziamento da bexiga.

3 – Urografia excretora: demonstra a anatomia e excreção do sistema urinário. Usada para avaliar obstruções do aparelho urinário superior, ureterocele, duplicidade e ectopia ureteral.

4 – Cintilografia renal com DMSA: é útil para avaliar a função renal absoluta e relativa dos rins, assim como avaliar na fase aguda da infecção urinária a presença de cicatriz do parênquima renal e para o diagnóstico de pielonefrite aguda.

5 – Cintilografia renal com MAG 3 e com DTPA: são para avaliar a excreção do trato urinário superior e avaliar a função renal relativa.

6 – Cistograma nuclear: é mais sensível que a UCM para detectar RVU. É mais utilizado para seguimento dos pacientes com RVU que já se conhece a anatomia fornecida pela UCM previamente realizada.

7 – Urodinâmica: é indicada para avaliação da dinâmica e função vesical durante o enchimento e esvaziamento da bexiga, principalmente nos casos de disfunção miccional e a resposta ao tratamento. A avaliação urodinâmica deve pesquisar as pressões de armazenamento, contrações, complacência e estabilidade do detrusor, capacidade vesical, função do esfíncter uretral, uroflu-xometria, micções, perdas urinárias e eletromiografia.

8 – Outros: tomografia computadorizada, urorressonância magnética, estudos retrógrados e uretrocistoscopia são utilizados para casos especiais de difícil diagnóstico.

Assim, o diagnóstico das alterações anatômicas e funcionais do trato urinário são realizados com a combinação destes exames conforme a hipótese diagnóstica:

Estenose da Junção Ureteropiélica (JUP):

Ecografia: hidronefrose de grau variável com ureter normal ou não visualizado. Medida do DAP da pelve renal;

Cintilografia renal com MAG3 ou DPTA: obstrução ou retardo do esvaziamento da pelve renal;

Cintilografia renal com DMSA: avalia a função renal e possibilidade de cicatriz do parênquima renal;

Uretrocistografia miccional: se suspeita de RVU associado.

Estenose da Junção Ureterovesical (JVU) – Megaureter Obstrutivo ou Refluxivo:

Ecografia: hidroureteronefrose de grau variável com ureter dilatado;

Cintilografia renal com MAG3 ou DPTA: obstrução ou retardo do esvaziamento do ureter;

Cintilografia renal com DMSA: avalia a função renal e possibilidade de cicatriz do parênquima renal;

Uretrocistografia miccional: se suspeita de RVU associado. Presença de RVU no Megaureter Refluxivo e ausência de RVU no Megaureter Obstrutivo, divertículo ou ureterocele.

Refluxo Vesicoureteral:

Ecografia: hidroureteronefrose ou apenas o ureter dilatado de grau variável, duplex;

Cintilografia renal com MAG3 ou DPTA: excreção normal, retardo do esvaziamento do ureter nos RVU de alto grau. Solicitado só se suspeita de obstrução associada;

Cintilografia renal com DMSA: avalia a função renal e possibilidade de cicatriz do parênquima renal;

Uretrocistografia miccional: classifica o grau de RVU, presença de divertículo ou ureterocele ou duplex associados;

Cistograma nuclear: indicado para o seguimento dos pacientes com RVU;

Urodinâmica: importante para diagnóstico e acompanhamento da disfunção miccional.

Válvula de Uretra Posterior (VUP):

Ecografia: hidroureteronefrose de grau variável uni ou bilateral. Bexiga espessada, trabeculada e deformada com pseudodivertículos;

Cintilografia renal com MAG3 ou DPTA: obstrução ou retardo do esvaziamento do ureter e bexiga;

Cintilografia renal com DMSA: avalia a função renal e possibilidade de cicatriz do parênquima renal;

Uretrocistografia miccional: mostra a VUP, dilatação da uretra posterior e colo vesical. RVU pode estar associado uni ou bilateral, divertículos vesicais;

Urodinâmica: importante para diagnóstico e acompanhamento da disfunção miccional.

Bexiga Neurogênica:

Ecografia: geralmente com hidroureteronefrose de grau variável uni ou bilateral. Bexiga espessada, trabeculada e deformada com pseudodivertículos;

Cintilografia renal com MAG3 ou DPTA: retardo do esvaziamento do ureter e bexiga;

Cintilografia renal com DMSA: avalia a função renal e possibilidade de cicatriz do parênquima renal;

Uretrocistografia miccional: RVU pode estar associado uni ou bilateral de graus variáveis. Bexiga espessada, deformada, presença de divertículos e deformação do colo vesical;

Urodinâmica: importante para diagnóstico e acompanhamento da disfunção miccional.

Controle esfincteriano

Dra. Denise Marques Mota / Nefrologista pediátrica

A retirada de fraldas é uma etapa importante na vida da criança e de seus pais e sempre gera expectativas e, ao mesmo tempo, dúvidas para os pais. É um dos primeiros sinais de independência da criança e uma aquisição de hábitos que serão seguidos durante toda a vida. Um correto aprendizado é de extrema importância.

O controle esfincteriano necessita de um adequado desenvolvimento do sistema urinário e do sistema nervoso central e periférico (controle vesico-esfincteriano) para sua aquisição. O controle voluntário só se torna possível após esta primeira etapa de maturação, necessitando de conscientização da criança sobre o próprio corpo e sobre o ato em si, além de treinamento.

Entre os 24 e 30 meses de idade, a maior parte das crianças apresenta as habilidades necessárias para iniciar o treinamento esfincteriano diurno e, aos 48 meses, devem estar continentes e adaptadas aos padrões culturais locais. As habilidades necessárias são: caminhar, para poder se deslocar até o banheiro; falar, para poder demonstrar seus desejos; tirar a roupa, para poder sentar no vaso ou penico; entender e atender as ordens dos pais, para poder ser ensinada a realizar tarefas; querer agradar e imitar os adultos, para poder executar suas tarefas com alegria e prazer.

A retirada das fraldas inicia pelo controle diurno e deve-se postergar o treinamento da noite e da sesta até o completo controle diurno de fezes e urina. Na maioria das vezes, o controle diurno antecede o noturno de três a seis meses. Muitas vezes, ocorre no mesmo período. O hábito urinário noturno é uma aquisição natural, portanto, não depende da aprendizagem, e deverá ocorrer por volta dos 5 anos e meio na menina e 6 anos no menino.

Em relação ao local que será utilizado para as eliminações, devemos iniciar o treinamento com o penico: é menor, pode ser manuseado pela criança e levado para vários locais da casa. Após realizar o treinamento, se a criança mostrar interesse pelo vaso sanitário, como todos da casa, utilizar o vaso com redutor de assento e apoio para os pés até a criança poder alcançar com os pés no chão. Ensinar a higiene das mãos após uso do sanitário, elogiar os esforços e os sucessos, não criticar as derrotas e apoiar a criança.

O controle esfincteriano inadequado pode associar-se a várias morbidades: infecções urinárias de repetição, disfunção miccional (padrão miccional anormal para a idade da criança, geralmente evidenciado após a retirada de fraldas), enurese (decorrente de um treinamento tardio ou métodos coercitivos), recusa em ir ao banheiro, constipação e encoprese.

A disfunção miccional silenciosa durante a infância é um fator de risco para doenças renais e urológicas importantes. A maioria das crianças pode ser diagnosticada pela história, exame físico e conhecimento do desenvolvimento normal da continência urinária. Os sintomas mais comuns são: urgência miccional, incontinência urinária, manobras de contenção e aumento número de micções. A constipação é um achado frequente em crianças com sintomas urinários e deve ser sempre pesquisada e tratada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brazelton TB. A child-oriented approach to toilet training. Pediatrics. 1962;29:121-8.
2. Brazelton TB, Christophersen ER, Frauman AC, Gorski PA, Poole JM, Stadtler AC, et al. Instruction, timeliness, and medical influences affecting toilet training. Pediatrics. 1999;103(6 Pt 2):1353-8.
3. Schum TR, Kolb TM, McAuliffe TL, Simms MD, Underhill RL, Lewis M. Sequential acquisition of toilet-training skills: a descriptive study of gender and age differences in normal children. Pediatrics. 2002;109(3):E48.
4. Stadtler AC, Gorski PA, Brazelton TB. Toilet training methods, clinical interventions, and recommendations. American Academy of Pediatrics. Pediatrics. 1999;103(6 Pt 2):1359-68.
5. Mota DM, Barros AJ. Toilet training: situation at 2 years of age in a birth cohort. Jornal de Pediatria. 2008; 84(5):455-62.
6. Mota DM, Barros AJ. Treinamento esfincteriano precoce: prevalência, características materna, da criança e fatores associados numa coorte de nascimentos. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2008; 8(1):103-111.
7. Mota DM, Barros AJ. Toilet training: methods, parental expectations and associated dysfunctions. Jornal de Pediatria. 2008; 84(1):9-17.
8. Mota DM, Victora CG, Hallal PC. Investigation of voiding dysfunction in a population-based sample of children aged 3 to 9 years. Jornal de Pediatria. 2005;81(3):225-32.
9. Mota DM, Barros AJ, Matijasevich A, Santos I. Avaliação longitudinal do controle esfincteriano em uma coorte de crianças brasileiras. Jornal de Pediatria. 2010;86(5): 429-434.

* Nefrologista pediátrica.

Temas Livres / Resumos

ADOLESCÊNCIA

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE SEXUALIDADE E DST DE UM GRUPO DE ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA PÚBLICA DE PORTO ALEGRE / Laura Marmitt et al. 39
FATORES DE NÃO ADESÃO AOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS POR ADOLESCENTES GRÁVIDAS DA CIDADE DE CAMPO GRANDE, MS / Paola Mari Nakashima Cano et al. 39
SÍNDROME DE HERLYN-WERNER-WUNDERLICH / Priscila Coelho Amaral et al. 39

ALEITAMENTO MATERNO

FATORES DE INFLUÊNCIA SOBRE A DECISÃO DE AMAMENTAR E O DESMAME PRECOCE / Camila Lopes de Oliveira et al. 40
IMPACTO DO LEITE HUMANO SUPLEMENTADO NA MINERALIZAÇÃO ÓSSEA E CRESCIMENTO RECÉM-NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO / Tiago Dalcin et al. 40
MÉDIA DA DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO (AME) EM CRIANÇAS INTERNADAS EM CLÍNICA PEDIÁTRICA NO HUSFP – PELOTAS (RS) E PERFIL PSICOSSOCIAL DE SUAS MÃES / Angela Rosa Tornatore et al. 40
PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM UM MUNICÍPIO SERRANO DO RIO GRANDE DO SUL, BRASIL / Núbia Beche et al. 41

ALERGIA, IMUNOLOGIA E REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA

APRESENTAÇÃO CLÁSSICA DE PÚRPURA DE HENOCH-SCHÖNLEIN: RELATO DE CASO / Geanine Göelzer Gobo et al. 41

CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA

EVOLUÇÃO PÓS-OPERATÓRIA DE PACIENTES COM CARDIOPATIA CONGÊNITA E HIPERTENSÃO PULMONAR SECUNDÁRIA QUE FIZERAM USO PRÉ-OPERATÓRIO DE SILDENAFIL / Estela Suzana Kleiman Horowitz et al. 41
SÍNDROME DA HIPOPLASIA DO VENTRÍCULO ESQUERDO: RELATO DE CASO / Monique Malacarne Michelin et al. 42
HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA RARA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PNEUMONIAS DE REPETIÇÃO EM LACTENTES / Marcio Abelha Martins et al. 42

CIRURGIA PEDIÁTRICA

CORREÇÃO CIRÚRGICA DA ATRESIA DE VAGINA EM LACTENTES / Nicolino César Rosito et al. 42
DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA FÍSTULA URETRAL CONGÊNITA / Nicolino César Rosito et al. 43
DIVERTÍCULO DE MECKEL: RELATO DE CASO / Juliana Dall´Onder et al. 43
ENURESE – TRATAMENTO FACILITADO COM PROTOCOLO / Nicolino César Rosito et al. 43
FECHAMENTO PRIMÁRIO EM GRAVE MORDEDURA CANINA / Marcio Abelha Martins et al. 43
HIDRONEFROSE BILATERAL COM RETENÇÃO URINÁRIA POR HIDROMETROCOLPOS / Nicolino César Rosito et al. 44
ÍNDICE DE FERTILIDADE TESTICULAR EM TESTÍCULOS INTRA-ABDOMINAIS / Nicolino César Rosito et al. 44
LIPOMA GIGANTE NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASSA INTRABDOMINAL / Marcio Abelha Martins et al. 44
MANEJO DE OBSTRUÇÃO URETRAL POR CISTO PARAURETRAL EM CRIANÇAS / Nicolino César Rosito et al. 45
MANEJO PRIMÁRIO DE EXTROFIA VESICAL E EPISPADIA NO PERÍODO NEONATAL / Nicolino César Rosito et al. 45
O VOLUME TESTICULAR NÃO PREDIZ O POTENCIAL DE FERTILIDADE EM TESTÍCULOS CRIPTORQUÍDICOS / Nicolino César Rosito et al. 45
ONFALOCELE ASSOCIADO A TRISSOMIA DO 18: RELATO DE CASO / Juliana Dall´Onder et al. 45
RELATO DE CASO DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA / Danieli Fernanda Dolvitsch et al. 46
RIM PÉLVICO E ESTENOSE DE JUP: O PAPEL DA VIDEOLAPAROSCOPIA NO SEU MANEJO / Márcio Abelha et al. 46
SCHWANNOMA SIMULANDO EVENTO ADVERSO PÓS VACINA DE BCG / Katchibianca Bassani Weber et al. 47
TRATAMENTO CONSERVADOR E CIRÚRGICO NO TRAUMA ESPLENORENAL NA INFÂNCIA / Márcio Abelha et al. 47
USO DO APÊNDICE CECAL PARA CRIAÇÃO DE MECANISMOS QUE AUXILIAM A CONTINÊNCIA URINÁRIA E FECAL / Nicolino et al. 47
VÁLVULA DE URETRA POSTERIOR: APRESENTAÇÃO CLÍNICA VARIÁVEL DEVIDO AO RETARDO NO DIAGNÓSTICO PRECOCE / Nicolino César Rosito et al. 47

CUIDADOS PRIMÁRIOS

A ORGANIZAÇÃO DE UMA REDE ESTADUAL DE PROTEÇÃO AO RECÉM-NASCIDO DE RISCO EGRESSO DE UTIS NEONATAIS / Erico José Faustini et al. 48
AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DESENVOLVIDAS PELO CENTRO DE ESTUDOS PEDIÁTRICOS DA UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL / Árien Eliza Oldoni et al. 48
ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÕES DE SAÚDE EM ESCOLARES, RESULTADOS DO PROGRAMA SORRINDO PARA O FUTURO SESC-RS / Larissa Simon Brouwers et al. 48

DEFESA PROFISSIONAL

IMPACTO DA PARTICIPAÇÃO EM LIGA DE PEDIATRIA NA GRADUAÇÃO MÉDICA / Rosangela Antunes Matte et al. 49
PERSPECTIVA DA PEDIATRIA NA VISÃO DE ESTUDANTES DE MEDICINA / Joane Antoniolli et al. 49

ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CORTISOL E ESTRESSE EM ALUNOS ATENDIDOS POR UM CENTRO DE EDUCAÇÃO INFANTIL / Nadja Tiellet et al. 49
HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA POR DEFICIÊNCIA DA ENZIMA 17 ALFA-HIDROXILASE / Paola Mari Nakashima Cano et al. 50
XANTOMA ERUPTIVO: RELATO DE CASO / Cristiane Kopacek 50

GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA

ABSCESSO HEPÁTICO: RELATO DE CASO / Juliana Dall´Onder et al. 51
ATRESIA DE VIAS BILIARES / Larissa Coconcelli Kasper et al. 51
CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS E HISTOLÓGICAS DE UMA AMOSTRA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES INFECTADOS PELO HELICOBACTER PYLORI / Juliana Ghisleni de Oliveira et al. 51
COLESTASE NEONATAL: ASSOCIAÇÃO DE SÍNDROME DE ALAGILLE E INFECÇÃO POR CITOMEGALOVÍRUS / Osvaldo Artigalás et al. 52
COLESTASE NEONATAL GRAVE CAUSADA POR HEPATITE DE CÉLULAS GIGANTES ASSOCIADA A ANEMIA HEMOLÍTICA POR DEFICIÊNCIA DE G6PD: RELATO DE CASO / Raquel Borges Pinto et al. 52
DOENÇA DE MÉNÉTRIER EM LACTENTE DE 2 ANOS: RELATO DE CASO / Ana Regina Lima Ramos et al. 52
DOENÇA DE MÉNÉTRIER EM MENINO DE 4 ANOS / Tiago Jeronimo dos Santos et al. 53
DOES EATING THE EGGS MAKE ANY DIFFERENCE FOR ZEBRAFISH? / Gabriela Lima Pedroso et al. 53
DUCTOPENIA GRAVE ASSOCIADA AO USO DE ANTICONVULSIVANTE EM PACIENTE COM NECRÓLISE EPIDÉRMICA TÓXICA: RELATO DE CASO / Raquel Borges Pinto et al. 53
EFEITO DA TAURINA SOBRE A ESTEATOSE HEPÁTICA INDUZIDA POR TIOACETAMIDA EM ZEBRAFISH (DANIO RERIO) / Thais Ortiz Hammes et al. 54

HEPATOBLASTOMA EM ADOLESCENTE FEMININA: UM CASO EM IDADE ATÍPICA / Nadja Tiellet et al. 54
LACTOBACILLUS RHAMNOSUS COLONIZA INTESTINO DE ZEBRAFISH APÓS EXPOSIÇÃO AO ETANOL / Ana Cláudia Reis Schneider et al. 54
PROFILAXIA PARA ÚLCERA DE ESTRESSE EM PACIENTES INTERNADOS EM CINCO UTIS PEDIÁTRICAS DE PORTO ALEGRE, RS, BRASIL / Taísa E. Araújo et al. 55
PROFILAXIA SECUNDÁRIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS PORTADORES DE VARIZES ESOFÁGICAS / Janine Potrich et al. 55
RN PREMATURO COM 4 EPISÓDIOS DE ENTEROCOLITE NECROSANTE: RELATO DE CASO / Paulo de Jesus Hartmann Nader et al. 55
SOBREVIDA DO FÍGADO NATIVO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS APÓS PRIMEIRO EPISÓDIO DE INFECÇÃO DA ASCITE / Melina Ultz Melere et al. 55
USE OF MULTISTIX REAGENT STRIP IN DIAGNOSIS OF ASCITES INFECTION IN CIRRHOTIC CHILDREN / Sandra Maria Gonçalves Vieira et al. 56
TRANSPLANTE HEPÁTICO ISOLADO POR FIBROSE CÍSTICA: SETE ANOS DE SEGUIMENTO / Sandra Maria Gonçalves Vieira et al. 56

INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA

A IMPORTÂNCIA DA ORIENTAÇÃO MÉDICA NA PREVENÇÃO DA TOXOPLASMOSE CONGÊNITA: RELATO DE CASO / Laura Marmitt et al. 56
DOENÇA DE KAWASAKI E MONONUCLEOSE INFECCIOSA: RELATO DE CASO / Vanessa Valesan 57
GRIPE PNEUMÓNICA A (H1N1) DE 1918 EM PORTUGAL CONTINENTAL: LIÇÕES DO PASSADO, ALERTAS NO PRESENTE E NO FUTURO / João José Cúcio Frada 57
LEISHMANIOSE VISCERAL: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO / Ângela de Moura et al. 57
PARASITOSES INTESTINAIS EM CRIANÇAS DE UM BAIRRO DE UM CENTRO URBANO AO SUL DO BRASIL / Vanessa Adriana Scheeffer et al. 58
TOXOPLASMOSE EM RECÉM-NASCIDOS / Silvana Moura et al. 58
TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV EM GESTAÇÃO GEMELAR / Nildo Eli M. D'Avila et al. 58

NEFROLOGIA PEDIÁTRICA

SÍNDROME NEFRÓTICA CONGÊNITA: RELATO DE CASO / Juliana Talita Goes et al. 58

NEONATOLOGIA

APLASIA CUTÂNEA CONGÊNITA / Adriana Souza dos Santos et al. 59
EFEITOS DO USO MATERNO DA PRINCIPAL CLASSE DE ANTIDEPRESSIVOS SOBRE O FETO E O RECÉM-NASCIDO / Ilson Enk et al. 59
MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS NO SUL DO BRASIL: ESTUDO DE CASO-CONTROLE EM CENTRO DE REFERÊNCIA / Laura Teixeira Canti et al. 60
RELATO DE CASO: ENCEFALOPATA HIPÓXICO-ISQUÊMICA INTRAÚTERO / Fabiani Waechter Renner et al. 60
TRIAGEM NEONATAL NO PERÍODO PRECONIZADO: EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE PORTO ALEGRE / Vanessa Devens Trindade et al. 60

NEUROLOGIA PEDIÁTRICA

DISTÚRBIOS DO SONO EM CRIANÇAS COM EPILEPSIA / Bruna Finato Baggio et al. 61
ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSÍVEL: RELATO DE CASO / Maigrei Dani Ferrari et al. 61
ESPINHA BÍFIDA CONGÊNITA: PREVALÊNCIA E ÓBITOS EM PORTO ALEGRE / Grasiele Mello et al. 61
ESTUDO DE CASO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TRANSTORNO DE HUMOR EM PACIENTE COM SÍNDROME DE HUNTER / Vinicius Costa da Rosa et al. 61
LEUCOMALÁCIA PERIVENTRICULAR E AS SEQUELAS NO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR / Ruth Ellen Blau Grimmet al. 62
MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA ROTA ASSOCIADA A NEUROCISTICERCOSE EM ADOLESCENTE: RELATO DE CASO / Elton Ferreira de Almeida Férrer et al. 62
MIGRÂNEA NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA / Diego Ustárroz Cantali et al. 62
REALIDADE VIRTUAL NA NEURORREABILITAÇÃO PEDIÁTRICA / Bruna Finato Baggio et al. 63
RELATO DE CASO: MALFORMAÇÃO DE ARNOLD CHIARI TIPO II / Fabiani Waechter Renner et al. 63
RELATO DE CASO: PROJETO ANEMIA-APRENDER BRINCANDO ESF MALAFAIA / Denise Isabel Zandoná et al. 63
SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ: VARIANTE MOTORA / Franciele Moro Poletto et al. 64

NUTROLOGIA PEDIÁTRICA

ASPECTOS NUTRICIONAIS EM PACIENTE COM ATRESIA DE ESÔFAGO E SÍNDROME DE DOWN: RELATO DE CASO / Janaína Elsing et al. 64
BAIXO PESO EM CRIANÇAS DE UM CENTRO URBANO AO SUL DO BRASIL / Vanessa Adriana Scheeffer et al. 64

OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA

A IMPORTÂNCIA DA FISIOTERAPIA NAS DESORDENS VESTIBULARES DA INFÂNCIA / Rodolfo Alex Teles et al. 65

PEDIATRIA AMBULATORIAL

ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR DA OSTEOGÊNESE IMPERFEITA: UM RELATO DE CASO / Janaína Elsing et al. 65
ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM CRIANÇAS COM DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA / Adriano Detoni Filho et al. 65
AVALIAÇÃO DA ACUIDADE VISUAL EM ALUNOS DE ESCOLA PÚBLICA E PARTICULAR DE CAMPO GRANDE, MS / Paola Mari Nakashima Cano et al. 65
ENURESE E DISFUNÇÃO MICCIONAL: ESTÃO RELACIONADAS? / Denise Marques Mota et al. 66
HÁBITOS INTESTINAIS NA INFÂNCIA / Denise Marques Mota et al. 66
HIPERTENSÃO ARTERIAL E OBESIDADE: ESTÃO ASSOCIADAS? / Denise Marques Mota et al. 66
PREVALÊNCIA DE ANEMIA NO SEGUIMENTO DE PRÉ-TERMOS DE MUITO BAIXO PESO / Claudia Ferri et al. 67
PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM ESCOLARES DE 7 A 14 ANOS QUE FREQUENTAM ESCOLAS MUNICIPAIS DE HERVAL D'OESTE, SC / Michele Lopes Igansi et al. 67
SÍNDROME METABÓLICA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES / Denise Marques Mota et al. 68
IMPORTÂNCIA DA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL EM UMA COORTE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES / José V C Spolidoro et al. 68

PEDIATRIA DO DESENVOLVIMENTO E COMPORTAMENTO

ANEUPLOIDIA DOS CROMOSSOMOS SEXUAIS ASSOCIADA A RETARDO MENTAL / Régis Augusto Reis Trindade et al. 68
BENEFÍCIO DO CONSUMO DE ÔMEGA-3 E ÔMEGA-6 EM CRIANÇAS / Karen Miotto et al. 69
IMPACTO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA DESNUTRIÇÃO INFANTIL / Gabriela Grossi et al. 69
PROJETO SÓ RISO / Cezar Guilherme Raymundo Tabach et al. 69
SÍNDROME XYY: RELATO DE CASO / Fátima Cleonice de Souza et al. 70

PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA

BRONQUIOLITE AGUDA: EVOLUÇÃO CLÍNICA EM PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO AMAZONAS / Brena Silva dos Santos et al. 70
PERFIL ETIOLÓGICO VIRAL NA DOENÇA OBSTRUTIVA DO TRATO RESPIRATÓRIO INFERIOR E FATORES ASSOCIADOS À RECORRÊNCIA DA SIBILÂNCIA / Carolina Valduga Bohrer et al. 70
USO DE CORTICOIDE NO TRATAMENTO DE BRONQUIOLITE AGUDA: AINDA UMA PRÁTICA FREQUENTE / Brena Silva dos Santos et al. 70

SEGURANÇA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

INJÚRIAS NA INFÂNCIA: CAPACITAÇÃO DE CUIDADORES E EDUCADORES EM SUPORTE BÁSICO DE VIDA EM PEDIATRIA E DESOBSTRUÇÃO DE VIA AÉREA / Cecília Rotava Buratti et al. 71

TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

PERCEPÇÃO DOS PAIS EM RELAÇÃO À MORTE DE SEUS FILHOS / Gilda Abib El Halal et al. 71
PARTICIPAÇÃO DAS ENFERMEIRAS NAS DECISÕES DE LIMITAÇÃO DE VIDA EM UTI / Cristine Nilson et al. 71

ADOLESCÊNCIA

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE SEXUALIDADE E DST DE UM GRUPO DE ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA PÚBLICA DE PORTO ALEGRE

Laura Marmitt, Pablo Pierezan Camargo, Fernanda Mariani Cocolichio e Guilherme Coelho Dantas

INTRODUÇÃO: A falta de orientação é um dos principais obstáculos à prevenção de doenças e de complicações decorrentes das mesmas, acarretando grande impacto social e um alto custo para a saúde pública. A educação em saúde se torna especialmente importante quando abordamos o tema sexualidade e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST) em adolescentes, visto as importantes modificações corporais e emocionais vivenciadas. Nesse período, em que a atividade sexual se inicia, há falta de informação e dúvidas que propiciam o contágio por DST. OBJETIVOS: Avaliar o nível de instrução dos adolescentes sobre sexualidade e prevenção de DST e conhecer a importância da educação em saúde nesta área através de ações educativas abordando estes temas. MÉTODOS: Foi realizada uma atividade de educação em saúde com 14 adolescentes com idades entre 12 a 15 anos de uma escola pública da cidade de Porto Alegre, RS. Divididos em 3 grupos, os adolescentes responderam a questões relativas a atividade sexual e realizaram a colocação do preservativo em uma prótese peniana, procedimento que foi avaliado segundo 5 critérios pré-estabelecidos. RESULTADOS: O tema gerou bastante discussão entre os adolescentes, que se mostraram muito interessados em conhecer as respostas corretas para as perguntas propostas. Os grupos erraram questões sobre situações possíveis de engravidar, utilização de métodos contraceptivos e formas de transmissão de DST, entre outras. Além disso, nenhum dos três grupos conseguiu realizar de maneira adequada a colocação do preservativo. Após a tarefa, foi demonstrada a técnica correta de colocação e retirada do preservativo masculino, momento em que os alunos solicitaram para repetir a tarefa para que pudessem efetivamente aprender. CONCLUSÃO: A atividade realizada sugere que os adolescentes ainda não haviam recebido instrução adequada sobre os temas abordados e não têm informações básicas sobre atividade sexual, apesar de o assunto estar em constante evidência na mídia e nas campanhas de saúde de diversos setores. Esta situação facilita a disseminação das DST, as quais poderiam ser evitadas se os jovens recebessem as devidas informações. Conclui-se que a realização de projetos de educação em saúde pode proporcionar maior esclarecimento à população, minimizando seu impacto e reduzindo custos para saúde pública.

FATORES DE NÃO ADESÃO AOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS POR ADOLESCENTES GRÁVIDAS DA CIDADE DE CAMPO GRANDE, MS

Paola Mari Nakashima Cano, Alexandre da Silveira Alonso, Bruno Alfredo Gonçalves Salvetti, Giovanna Ricarte Granja Gomes, Jamil Mugayar Neto, Luiz Felipe Bastos Muniz, Natália Souza Aono, Nathália Rezende da Costa, Silvio Charles da Silva Canale e Ana Cláudia Alves Pereira

INTRODUÇÃO: A motivação deste trabalho foi saber por que existem altos índices de gravidez na adolescência no Brasil, sendo que houve aumento de investimentos em campanhas de contracepção e assistência de saúde, com ampla abrangência e acesso; e por que as adolescentes não aderem aos métodos contraceptivos, sendo estes disponíveis gratuitamente na rede pública. OBJETIVO: Verificar quais fatores levam as adolescentes grávidas a não aderirem aos métodos contraceptivos. MÉTODOS: Estudo transversal, observacional, prospectivo, caso controle, realizado através de entrevista com gestantes e puérperas em Campo Grande, MS, na Santa Casa de Campo Grande e na Maternidade Cândido Mariano, de julho de 2010 a agosto de 2010, com amostra igual a 104 pacientes. Para a avaliação da adesão das pacientes que utilizavam anticoncepcional oral, foi utilizado o método de Morisck-Green-Lavigne. Dados tabulados através do software Epi-Info Versão 3.5.1, 2002. RESULTADOS: Das mulheres que utilizavam algum tipo de método anticoncepcional (75%), 54,8% eram adultas. Destas, o método mais utilizado foi o anticoncepcional combinado oral. Mulheres que não utilizavam nenhum método contraceptivo (25%), sendo 59,3% adolescentes. Motivo mais frequente de não utilização foi justificativa de querer engravidar (11,7%), sendo 58,3% adolescentes. As entrevistadas que utilizavam somente preservativo (78,78%) relataram já ter esquecido de utilizá-lo alguma vez, sendo 61,5% adolescentes. Grau de adesão ao anticoncepcional combinado oral foi avaliado em 56 entrevistadas pelo teste de Morisck-Green-Lavigne, 81,4% consideradas com baixo grau adesão e 19,6% grau de adesão alto. Conclui-se que 81,8% das adolescentes participantes tinham baixo grau de adesão, e 18,2% tinham alto grau. No grupo adulto, 79,4% tinham baixa adesão, e 20,6% alto grau de adesão. As entrevistadas foram questionadas sobre esquecimento do uso da medicação, constatando-se que a grande maioria, independente da idade, continuava tendo relações sexuais normalmente e que tinham o costume de tomar uma dose extra no dia seguinte. CONCLUSÃO: As pacientes não têm uma boa adesão aos métodos contraceptivos. As adolescentes possuem mais motivos evitáveis, como minoria no uso de ACO, uso de preservativo isolado. Há necessidade de aumentar adesão das pacientes ao Programa de Planejamento Familiar, principalmente pelas adolescentes, para melhor índice de uso correto do método contraceptivo.

SÍNDROME DE HERLYN-WERNER-WUNDERLICH

Priscila Coelho Amaral, Carolina Chaves Taffarel, Bianca Roschildt Pinto e Marilia Gemelli Eick

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich ocorre a partir de um defeito de fusão dos ductos müllerianos. As falhas müllerianas são responsáveis por inúmeras anormalidades ginecológicas, que incluem agenesias e/ou duplicações do útero e/ou vagina. Também estão frequentemente associadas a alterações do sistema renal e do esqueleto axial. RELATO DE CASO: J.H., 11 a, feminina, Tanner 3, branca, estudante, procedente do interior do estado. Previamente hígida. Menarca há 6 meses com ciclos regulares e dismenorreia. Iniciou com dor abdominal súbita irradiada para região anal. Foi avaliada por proctologista, e ao exame de toque retal apresentou massa dolorosa. No exame ecográfico pélvico havia presença de hematométrio à esquerda e útero bicorno. Paciente referiu melhora da dor após episódio de sangramento vaginal intenso. Procurou ginecologista sendo solicitada nova ecografia evidenciando malformação uterina (útero bicorno) com hematométrio à esquerda e agenesia renal ipsilateral. Paciente encaminhada ao Serviço de Medicina do Adolescente para investigação das anormalidades descritas. Após confirmação das malformações foi estabelecido diagnóstico da Síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich. Paciente segue em acompanhamento ambulatorial com nefrologista pediátrica, ginecologia e Serviço de Adolescente. DISCUSSÃO: A Síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich é composta por malformações nos tratos genital e renal. A sua apresentação inclui agenesia renal unilateral, útero bicorno e septo vaginal ipsilateral. Trata-se de uma anomalia rara com incidência entre 0,1 a 6% e ainda pouco conhecida pelos pediatras. O diagnóstico coincide com o início dos ciclos menstruais onde os sintomas costumam surgir. As queixas mais comuns são

dismenorreia, irregularidade menstrual e massa abdominal dolorosa. Pode evoluir com aderências pélvicas e endometriose. É comum o diagnóstico diferencial com doença inflamatória pélvica. O tratamento, na maioria dos casos, é cirúrgico, com marsupialização do septo vaginal. A descoberta precoce desta anomalia é importante na prevenção da infertilidade e abortamentos recorrentes.

ALEITAMENTO MATERNO

FATORES DE INFLUÊNCIA SOBRE A DECISÃO DE AMAMENTAR E O DESMAME PRECOCE

Camila Lopes de Oliveira e Cristiani Vicentini

INTRODUÇÃO: O leite materno é um alimento completo, não havendo necessidade de complementação antes dos seis meses de vida. Apesar de seus comprovados benefícios, as taxas de amamentação no Brasil e no mundo continuam aquém do recomendado. Em Chapecó, SC, não existem registros sobre a frequência de aleitamento materno, desmame precoce e seus fatores de influência. OBJETIVOS: Conhecer a taxa de aleitamento materno no município de Chapecó, SC, e verificar os fatores de influência sobre a decisão de amamentar e o desmame precoce. MÉTODOS: Estudo transversal observacional descritivo, realizado em cinco Unidades Básicas de Saúde de Chapecó selecionadas de forma aleatória simples a partir de uma lista fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde. Foi aplicado um questionário aos pais de 95 crianças com idades entre seis meses e dois anos. O programa utilizado para a análise dos dados obtidos com os questionários foi o Epi Info versão 3.5. RESULTADOS PARCIAIS: Analisados 56 questionários, verificou-se que o tipo de parto prevalente foi o Cesário, com 67,9% de frequência, sendo que as mães submetidas a ele amamentaram mais que aquelas que deram a luz por via vaginal: seis e quatro meses, respectivamente. Outro dado averiguado foi o nível de instrução materna: 42,9% das mães apresentaram nível médio de escolaridade; 33,9% nível superior e 23,2% ensino fundamental. Metade das famílias informou renda de um a três salários mínimos e 48,2% renda maior que quatro salários (cujas mães amamentaram exclusivamente (AME) até os seis meses). A idade de introdução de alimentação complementar mais prevalente foi aos seis meses (30,4%) e o principal motivo de introdução de complementos foi a necessidade da mãe de voltar ao trabalho (28,6%). O apoio do companheiro foi decisivo para 53,6% das mães aderirem e persistirem na amamentação. CONCLUSÃO: Dois terços das mães foram submetidas ao parto cesário em contrapartida ao parto via vaginal; aquelas conduziram o AME até os seis meses, enquanto que as últimas até os quatro meses. A maioria das mulheres questionadas cursou o ensino médio e, em número absoluto, foram estas que amamentaram por um período maior. Constatou-se que o principal motivo para a introdução da alimentação complementar, antes mesmo dos seis meses, é a necessidade do retorno da mãe ao trabalho. Nota-se a importância do incentivo às mulheres para a prática da amamentação, já que, na amostra, visualizou-se o apoio do companheiro à continuidade do aleitamento.

IMPACTO DO LEITE HUMANO SUPLEMENTADO NA MINERALIZAÇÃO ÓSSEA E CRESCIMENTO RECÉM-NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO

Tiago Dalcin, Paulo Einloft, Renato M. Fiori, Humberto Fiori, Beatriz Porto, Felipe Cabral, Jefferson Pedro Piva

OBJETIVO: Avaliar o efeito da suplementação do leite humano (FM85® Nestle Nutrition), na mineralização óssea e no crescimento de recém-nascidos pré-termos de muito baixo peso. MÉTODOS: Foram estudados 38 recém-nascidos pré-termo com menos de 1.500 g de peso de nascimento, durante a internação na UTI-Neonatal do Hospital São Lucas da PUCRS, entre julho de 2006 e janeiro de 2010. Os 19 RN do grupo 1 receberam leite humano acrescido de FM85® enquanto os 19 RN do grupo 2, apenas leite humano. A mineralização óssea foi avaliada através de densitometria óssea de corpo inteiro com raio X de dupla energia (começo e final do estudo). Além das medidas antropométricas, foram realizados exames laboratoriais de controle: cálcio, fósforo, fosfatase alcalina, cálcio e fósforo urinário. RESULTADOS: Os dois grupos não apresentaram diferenças tanto na entrada como ao final do estudo em relação à idade gestacional (média 29,7 sem ± 2,4 versus 29,3 sem ± 2,05; p = 0,91), peso (1.168 g ± 199 versus 1.178 g ± 231; p = 0,73), comprimento (36,2 cm ± 3,4 versus 37,6 cm ± 2,4; p = 0,81) e perímetro cefálico (26,1 cm ± 2,7 versus 26,1 cm ± 1,9; p = 1,0). O conteúdo mineral ósseo (5,49 ± 3,65 g versus 4,34 ± 2,98 g; 0,39; p = 0,39) e o conteúdo mineral ósseo corrigido pelo peso (4,54 ± 2,76 g versus 3,40 ± 2,14; p = 0,23) bem como o total do leite humano ingerido e o tempo de internação foram semelhantes nos dois grupos. O volume percentual de leite humano ingerido, e tempo de internação também foram semelhantes entre os dois grupos no momento da alta. Não houve diferença significativa entre os dois grupos em relação ao cálcio e fósforo sérico, assim como ao cálcio e fósforo urinário. A fosfatase alcalina foi mais elevada no grupo que não utilizou o suplemento FM85® (720 ± 465 UI versus 391 ± 177 UI; p = 0,007). Ao final do estudo, o conteúdo mineral ósseo foi maior no grupo FM85® (10,39 ± 4,71 g versus 6,19 ± 3,23 g; p = 0,003). Da mesma forma, a concentração mineral óssea ajustada ao peso foi maior no grupo do leite humano suplementado (5,29 ± 2,5 g/Kg versus 3,17 ± 1,6 g/Kg; p =0,005). CONCLUSÕES: Nossos dados sugerem que a suplementação do leite humano com FM85® promove maior mineralização óssea dos recém-nascidos pré-termos de muito baixo peso.

MÉDIA DA DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO (AME) EM CRIANÇAS INTERNADAS EM CLÍNICA PEDIÁTRICA NO HUSFP – PELOTAS (RS) E PERFIL PSICOSSOCIAL DE SUAS MÃES

Angela Rosa Tornatore, Harla Taborda Dalferth, Richard Blank Brodt, Laís Marques Mota, Luiza Helena Vinholes Siqueira Novaes e Denise Marques Mota

INTRODUÇÃO: Pesquisas realizadas nas duas últimas décadas contribuíram para a melhor compreensão dos benefícios do aleitamento materno para o bebê (menor morbidade por diarreia, por exemplo) e para a mãe (retardo na volta da menstruação e maior rapidez na perda de peso pós-parto, por exemplo). A OMS recomenda o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, entretanto, a realidade está longe do preconizado. Os resultados desse estudo contribuirão para a obtenção de um perfil detalhado das mães de crianças que internam no HUSFP-Pelotas/RS, um dos maiores hospitais de médio porte do RS, além de possibilitar a avaliação da duração do AME das mesmas. No futuro, poderão ser úteis na produção de ações que apoiem efetivamente o aleitamento neste hospital, o que se refletirá beneficamente na saúde da população infantil da cidade de Pelotas-RS. OBJETIVOS: Determinar o perfil psicossocial de mães de crianças internadas em clínica pediátrica no HUSFP-Pelotas/RS; determinar o tempo médio de aleitamento materno exclusivo dessas crianças. MÉTODOS: Estudo observacional, transversal, descritivo. Coleta de dados realizada através da aplicação de questionários às mães de crianças internadas na clínica pediátrica do HUSFP, durante ago-set/2010, totalizando 94 crianças. Foram coletadas

variáveis demográficas e socioeconômicas maternas (escolaridade, idade, situação conjugal, trabalho fora de casa, tabagismo e renda familiar) e das crianças (tempo de AME, peso ao nascer, cor, sexo, situação vacinal, presença de doença crônica). O aleitamento materno foi definido como exclusivo quando a criança só recebia o leite materno e nenhum outro sólido ou líquido, com exceção de vitaminas ou medicamentos. Os dados foram digitados no programa Excel e analisados no programa Stata 11.0. RESULTADOS: 86% das mães amamentaram; 67% têm 1º grau Incompleto; 54% têm entre 20-29 anos, 82% estão casadas/com companheiro, 75,5% não trabalham; 56% nunca fumaram, 94% têm renda de 1 a 3 salários. Idade média do desmame: 1,4 mês. CONCLUSÃO: O perfil psicossocial foi caracterizado por mães entre 20 e 29 anos, 15% adolescentes, maioria casada/com companheiro, "do lar", escolaridade entre 5 e 8 anos e renda de 1 a 3 salários. Embora 86% das mães tenham amamentado, a duração do AME foi menor do que o preconizado pela OMS, o que reforça a necessidade de conscientização e desenvolvimento de ações pelo seu incremento no HUSFP-Pelotas/RS.

PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM UM MUNICÍPIO SERRANO DO RIO GRANDE DO SUL, BRASIL

Núbia Beche, Ricardo Halpern e Airton Stein

OBJETIVOS: Investigar a prevalência do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de um ano em Bento Gonçalves (RS) e avaliar as possíveis associações entre aleitamento materno exclusivo e variáveis socioeconômicas, ambientais reprodutivas e vínculo mãe-bebê. MÉTODOS: Estudo transversal, com mães e crianças menores de um ano de idade. Os dados foram obtidos mediante entrevistas com perguntas diretas, seguidas pela observação de indicadores de vínculo mãe-bebê, durante Campanha Nacional contra a Poliomielite de 2008. Foi utilizado um modelo hierarquizado para as variáveis preditoras e analisados através da regressão de Cox. RESULTADOS: Foram incluídas 876 díades. Destas, 623 (71%) receberam leite materno nas últimas 24 horas. A prevalência do Aleitamento materno exclusivo nos menores de 6 meses de idade foi de 55,1% (n=233). A mediana do aleitamento materno exclusivo foi de 63 dias. As variáveis que na análise multivariada apresentaram significância estatística ($p < 0,05$) com o desfecho aleitamento exclusivo foram: trabalho materno, uso de chupeta, mamadeira e não participação em grupo de gestante. CONCLUSÕES: A prevalência do aleitamento materno exclusivo, no município de Bento Gonçalves (RS), mostra-se abaixo da preconizada pela Organização Mundial da Saúde. As variáveis com associação significativa na análise multivariada são passíveis de intervenções. Procedimentos de prevenção primordial como participação em grupo de gestantes, evitar uso de chupeta e não introdução de outros alimentos precocemente deve ser estimulada.

ALERGIA, IMUNOLOGIA E REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA

APRESENTAÇÃO CLÁSSICA DE PÚRPURA DE HENOCH-SCHÖNLEIN: RELATO DE CASO

Geanine Göelzer Gobo, Monique Malacarne Michelin, Juliana Fiss Pothin e Alice Donato Gonzalez

INTRODUÇÃO: A púrpura de Henoch-Schönlein (PHS) é a vasculite sistêmica mais comum na faixa etária pediátrica, com predomínio no sexo masculino (2:1) e acomete preferencialmente pequenos vasos. A incidência média é de 9 casos/100.000 crianças. Frequentemente, o quadro se inicia após uma infecção de vias aéreas superiores e é de caráter autolimitado. O diagnóstico é facilmente firmado em bases clínicas, quando os sinais e sintomas são típicos, através dos critérios do Colégio Americano de Reumatologia-90. A PHS é caracterizada por púrpura palpável na ausência de coagulopatia, artrite, dor abdominal e doença renal. O tratamento preconizado é sintomático, reservando o uso de corticoides para complicações gastrointestinais, renais, neurológicas, púrpura recidivante ou crônica. HISTÓRIA: J.R.S., masculino, branco, 6 anos, iniciou com quadro de amigdalite bacteriana, sendo tratado com Amoxicilina. Após 1 dia, apresentou episódios de vômitos, dor abdominal e petéquias em membros inferiores. Com 7 dias de evolução, procurou o Pronto-Socorro de Pelotas devido a vômitos frequentes, dor abdominal e não resposta ao tratamento proposto, sendo internado para avaliação. Realizou exames laboratoriais e de imagem, inalterados. Durante a internação apresentou piora da dor abdominal e das petéquias, fezes mucossanguinolentas e artralgia em joelhos, levantando-se a hipótese diagnóstica de PHS. Ao exame físico apresentava dor na palpação abdominal, sem sinais de irritação peritoneal, e lesões purpúricas petequiais palpáveis, distribuídas em membros inferiores e nádegas, confirmando o diagnóstico de PHS pelo quadro clínico (segundo o ACR-90). Neste período, foi realizada ultrassonografia abdominal, com resultado normal. Paciente evoluiu satisfatoriamente durante os 8 dias de internação e foi descartado envolvimento renal, recebendo apenas tratamento sintomático. Foi encaminhado para acompanhamento pediátrico ambulatorial. DISCUSSÃO: O quadro clínico apresentado pelo paciente nos permite realizar clinicamente o diagnóstico de PHS através de suas manifestações de púrpura palpável sem plaquetopenia, idade de início inferior a 20 anos e angina abdominal (ACR-90). Paralelamente, foi observado o comprometimento de vias aéreas superiores antecedendo o quadro, comprovadamente um fator desencadeante dessa patologia. Contudo, mesmo com a evolução favorável com as medidas de suporte, o acompanhamento rigoroso é preconizado, a fim de detectar complicações e intervir se necessário.

CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA

EVOLUÇÃO PÓS-OPERATÓRIA DE PACIENTES COM CARDIOPATIA CONGÊNITA E HIPERTENSÃO PULMONAR SECUNDÁRIA QUE FIZERAM USO PRÉ-OPERATÓRIO DE SILDENAFIL

Estela Suzana Kleiman Horowitz, Geovana Garrote Carvalho, Alessandro Konrad Olszewski e Silvia Casonato

INTRODUÇÃO: A hipertensão arterial pulmonar (HAP) pode estar associada a algumas cardiopatias congênitas, sendo o seu manejo no pós-operatório um desafio. É conhecido o efeito benéfico e eficaz de algumas substâncias na redução da resistência vascular pulmonar como o óxido nítrico (NO), milrinone e isoproterenol. O sildenafil, um inibidor da fosfodiesterase tipo V, previne a degradação do GMPc. Estudos têm mostrado sua eficácia semelhante ao do óxido nítrico na vasodilatação pulmonar tanto em crianças quanto em adultos, sem apresentar o efeito rebote, visto com o NO, além de não ter a necessidade de um dispositivo para sua aplicação. OBJETIVO: Avaliar a evolução pós-operatória em crianças portadoras de cardiopatia congênita com hipertensão pulmonar secundária que fizeram uso pré-operatório de Sildenafil, na dose de 3mg/kg/dose em três doses diárias, por três dias prévios à cirurgia. MATERIAIS E MÉTODOS: Estudo retrospectivo através

de revisão de prontuários. Os parâmetros avaliados foram: tempo de uso de óxido nítrico e milrinone, tempo de ventilação mecânica, tempo de internação em UTI e internação hospitalar, pressão arterial pulmonar pré e pós-operatória, peso e idade no momento cirúrgico e diagnóstico cirúrgico. RESULTADOS: O estudo teve um total de 8 pacientes dos quais a idade variou de 2 meses de vida a 14 anos. O diagnóstico de HAP foi através de cateterismo cardíaco ou por ecocardiografia (estimado pelo gradiente VD/AD). Os diagnósticos foram: Comunicação Interventricular (3 casos), Truncus Arterioso (2), Miocardiopatia Dilatada (1), Persistência do Canal Arterial (1), Defeito do septo atrioventricular (1). O tempo de uso de Sildenafil no pré-operatório variou de 2 a 76 dias para pacientes com cardiopatia congênita, e 1 ano no paciente com miocardiopatia dilatada (MD). Apenas 4 pacientes necessitaram NO no pós-operatório, sem efeito rebote ao ser retirado. O Sildenafil no pós-operatório foi usado por 2 a 32 dias e o Milrinone, por 0 a 13 dias. Cinco pacientes no pós-operatório foram extubados em menos de 24 horas e 3 pacientes necessitaram ventilação mecânica por mais de 5 dias por complicações não relacionadas a HAP. CONCLUSÃO: O uso de Sildenafil no pré-operatório evitou crises de HAP no pós-operatório imediato, permitiu extubação precoce em 50% dos casos e facilitou a retirada do Óxido Nítrico.

SÍNDROME DA HIPOPLASIA DO VENTRÍCULO ESQUERDO: RELATO DE CASO

Monique Malacarne Michelin, Geanine Göelzer Gobo, Elias Sato de Almeida e Emanuele Grizon da Costa

INTRODUÇÃO: A Síndrome da Hipoplasia do Ventrículo Esquerdo (SHVE) é uma cardiopatia congênita cianótica grave que corresponde a 2% das cardiopatias congênitas. Além da cavidade esquerda hipoplásica, existe atresia valvar aórtica e mitral com uma aorta ascendente de calibre diminuído e a circulação sistêmica só é possível pela perviabilidade do canal arterial. Se não tratada, a SHVE leva ao óbito em 100% dos casos, o que a torna a principal causa de mortalidade neonatal precoce. Atualmente, existem duas opções de tratamento: o transplante cardíaco neonatal e a reconstrução paliativa estagiada descrita por Norwood. Porém, o prognóstico é reservado, mantendo a mortalidade imediata e tardia ainda elevada. HISTÓRIA: Recém-nascido do sexo masculino, nascido no HUSFP – Pelotas, de parto cesárea devido a pós-datismo, com escore de Apgar 9/10, pesando 3.325g, sem complicações durante a gestação ou parto. O paciente manteve-se em aleitamento materno exclusivo e sem intercorrências até o segundo dia de vida, quando foi evidenciado sopro cardíaco. Realizada, então, ecocardiografia, que demonstrou hipoplasia ventricular esquerda, hipertensão pulmonar severa, comunicação interatrial moderada e persistência do canal arterial moderada, sem restrição. Foi transferido para a UTI neonatal no 3° dia de vida com cianose central, taquipneia, saturação de oxigênio de 85% em ar ambiente. Com isso, foi iniciado prostaglandina E2 e bicarbonato de sódio melhorando suas condições clínicas. Porém, enquanto aguardava leito em Centro de Referência (Porto Alegre), apresentou piora do padrão respiratório e edema periférico, necessitando dose máxima de Prostaglandina E2 e Furosemida. Como não havia leito para ser transferido antes, deu entrada no Instituto de Cardiologia de Porto Alegre para possível correção cirúrgica apenas no 9° dia de vida, onde, após passagem de cateter venoso central, apresentou bradicardia e não respondeu às manobras de ressuscitação, evoluindo ao óbito. DISCUSSÃO: A baixa sobrevida após a Cirurgia de Norwood e a grande restrição ao transplante cardíaco nesta faixa etária, devido a poucos doadores compatíveis e importantes efeitos colaterais da imunossupressão a longo prazo demonstram a gravidade dessa síndrome. Portanto, é imprescindível o rápido acesso a centros especializados para que as chances de sobrevida não diminuam ainda mais.

HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA RARA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PNEUMONIAS DE REPETIÇÃO EM LACTENTES

Marcio Abelha Martins, Jaquelini Barboza da Silva, Luciano Schopf, Sandra Regina Weber, Clarissa Aires Roza, Sandra Jazorski e Tatiana Kurtz

INTRODUÇÃO: É preocupante o quadro de broncopneumonia em lactentes devido a sua morbimortalidade, além de gastos hospitalares em medicações, procedimentos e internações em UTIs pediátricas. Quadros de repetição requerem atenção do Pediatra para o diagnóstico diferencial e ou epifenômeno no qual a hérnia diafragmática deve ser incluída. OBJETIVO: Caracterizar a hérnia diafragmática no diagnóstico diferencial de pneumonias de repetição no lactente. RELATO DE CASO: Menino de 5 meses com 2 episódios prévios de pneumonias, pré-natal e parto sem intercorrências, com quadro de IVAS, tosse produtiva persistente prostrado, esforço respiratório e afebril. Identificado leucocitose e consolidação em base pulmonar direita; iniciado penicilina cristalina, porém, sem melhora do quadro com imagem radiológica mantida em base direita, feito raios x em perfil com suspeita de elevação de hemicupula direita, também identificada na ecografia de diafragma e tomografia torácica. Foi proposta videolaparoscopia com confirmação de hérnia diafragmática direita com saco herniário, realizada correção cirúrgica via laparotomia. Pós-operatório em UTI pediátrica, feitos raios x com hemicúpula direita em mesma altura que a esquerda; mantidos fisioterapia, broncodilatador e uso de antibiticoprofilático. Recebeu alta para enfermaria e após recuperação completa recebeu alta com fisioterapia 2 vezes por semana, além do acompanhamento ambulatorial, mantendo-se assintomático até o momento. DISCUSSÃO: A pneumonia de repetição pode ser observada em pacientes com patologias prévias como bronquiolites organizadas, bronquiectasias, mucoviscidose e outras doenças crônicas, porém, consolidações fixas ou mantidas devem ter especial atenção ao diagnóstico de malformação, seja pulmonar ou diafragmática, devido ao seu potencial curativo cirúrgico, especificamente na hérnia diafragmática nos lactentes, mesmo não sendo comuns traduz bom prognóstico devido à ausência de hipoplasia pulmonar nestes casos sendo seu diagnóstico e tratamento não muito distinto da eventração diafragmática que na literatura tem sido diferenciada por ecografia ou tomografia que no relato só ocorreu por videolaparoscopia. A hérnia diafragmática a direita só ocorre em 5% das hérnias, sendo bloqueada pelo fígado, o que leva a um quadro mais tardio e menos associado à hipoplasia. CONCLUSÃO: A hérnia diafragmática faz parte do diagnóstico diferencial de pneumonias de repetição no lactente e de consolidações radiológicas fixas em base mesmo à direita.

CIRURGIA PEDIÁTRICA

CORREÇÃO CIRÚRGICA DA ATRESIA DE VAGINA EM LACTENTES

Nicolino César Rosito, Felipe Holanda, Guilherme Peterson, Rafael Mazzuca e Luciano Schopf

INTRODUÇÃO: A atresia de vagina é uma rara causas de hidrometrocolpos no período neonatal. OBJETIVO: relatar dois casos de atresia de vagina submetidos a vaginoplastia por via sagital posterior em lactentes. MATERIAL E MÉTODOS: Relato de dois casos de hidrometrocolpos tipo secretório por atresia de vagina com seio urogenital > 2 cm, submetidos a vaginoplastia

por via sagital posterior. RESULTADOS: As crianças nasceram com atresia de vagina com massa abdominal volumosa por hidrometrocolpos que ocasionou hidronefrose bilateral devido à dilatação e deslocamento dos ureteres. No 1º caso, uma punção guiada por ecografia evidenciou 150 ml de secreção clara. A paciente foi submetida a várias punções para descomprimir o hidrometrocolpos e aos 7 meses foi submetida a vaginoplastia e uretroplastia com mobilização em bloco do seio urogenital, com excelente apecto cométicо e funcional (Figura 3). O 2 º caso foi submetido a descompressão por histerostomia no período neonatal e vaginoplastia aos 2 anos de idade (Figura 2). As vaginoplastias foram realizadas por abordagem sagital posterior, em crianças com seio urogenital > 2 cm, mobilizando em bloco a vagina e a uretra. A Figura 3 mostra o aspecto no pós operatório tardio. Conclusão: A abordagem sagital posterior é uma alternativa para pacientes com atresia de vagina com seio urogenital > 2 cm que serão submetidos a vaginoplastia.

DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA FÍSTULA URETRAL CONGÊNITA

Nicolino César Rosito, Felipe Colombo Holanda, Guilherme Peterson e Rafael Mazzuca

INTRODUÇÃO: É uma anomalia rara e geralmente ocorre na área subcoronal do pênis (Figura 1). A associação com hipospádia e chordee sugere que pode ser uma forma de anomalia de hipospádia. A fístula geralmente tem uma uretra distal bem formada (Figuras 2 e 3), mas pode ser estrita com formação inadequada da glande. O reparo cirúrgico emprega as técnicas utilizadas para a correção de hipospádias e pode envolver simplesmente o fechamento da fístula em múltiplas camadas ou uma reconstrução da uretra distal e da glande. OBJETIVO: Relatar um raro caso de fístula uretral congênita sem hipospádia num lactente de 2 meses, a conduta diagnóstica, o manejo cirúrgico e o resultado. MATERIAL E MÉTODOS: Lactente de 2 meses com história de bom jato urinário e gotejamento na porção subcoronal do pênis desde o nascimento. O paciente apresentava uma uretra distal adequada e permeável, com boa formação glandular. A opção cirúrgica foi de fechamento primário da fístula com fio absorvível 7-0 e com cobertura de 2 camadas de retalho de dartos e postectomia. Foi mantido com sonda de silicone por 5 dias. RESULTADOS: O paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório, com bom jato urinário após a retirada da sonda uretral. CONCLUSÃO: O diagnóstico é clínico e pode ser complementado com uretrocistografia miccional e/ou cistoscopia no momento da correção cirúrgica. Em pacientes com fístula uretral congênita sem hipospádia que apresentam uma uretra distal permeável e adequada conformação da glande, pode ser submetido simplesmente ao fechamento primário, tendo como opção de suporte a confecção de camadas de dartos.

DIVERTÍCULO DE MECKEL: RELATO DE CASO

Juliana Dall´Onder, Bruno Oneto Y Viana Pintos, Tatiana Salini Marin, Eduardo Hoffmann Miranda, José Gomes da Rocha Filho, Natália Schilling Ceratti, Andressa Vargas Martins, Lionel Leitzke, Paulo Sergio Gonçalves da Silva, Caroline Costi, Carolini Moreira, Cristina Denise Friske, Pâmela de Lima e Bibiana Dorneles

INTRODUÇÃO: O divertículo de Meckel é um resquício embriológico em forma de dedo na borda contramesenterial do íleo terminal, correspondendo a uma falha na regressão do ducto onfalomesentérico, que ocorre entre a 5ª e a 7ª semanas de vida embrionária. É a anomalia congênita mais comum do trato gastrintestinal, ocorrendo em 2,2 % dos pacientes, com incidência igual em ambos os sexos. Pode ser assintomático na sua grande maioria, ou sintomático, sendo hemorragias, obstrução intestinal e inflamação seus sintomas mais comuns. OBJETIVOS: Descrever um caso de divertículo de Meckel, seu diagnóstico e tratamento. MATERIAL E MÉTODOS: Relato de caso. RESULTADOS: Menino, branco, 1 ano e 3 meses, nascido em 25/06/09, natural e procedente de Canoas. Procurou a emergência pediátrica de um serviço de saúde em Canoas no dia 19/09/10 com quadro de vômitos e dispneia, apresentando batimento de asa de nariz e desidratação. No dia 20/09/10 mantinha quadro de vômitos, realizando ecografia abdominal que demonstrou distensão de alça por conteúdo líquido, edema da parede e presença de divertículo de Meckel. No dia 21/09 foi levado ao bloco cirúrgico. CONCLUSÃO: O diagnóstico do divertículo de Meckel, quando assintomático, é difícil. A maioria dos exames complementares capta as alterações decorrentes das complicações, como diverticulite, obstrução da luz intestinal, hemorragia ou ainda perfuração. O tratamento é cirúrgico, com laparotomia transversa supraumbilical direita com a ressecção do divertículo.

ENURESE – TRATAMENTO FACILITADO COM PROTOCOLO

Nicolino César Rosito, Felipe Holanda, Guilherme Peterson e Rafael Mazzuca

INTRODUÇÃO: A enurese noturna primária (ENP) ocorre em 15% das crianças com 5 anos de idade. Há uma variedade de fatores que contribuem para o desenvolvimento da enurese, desde fatores genéticos até estresse emocional. Os distúrbios fisiológicos como poliúria noturna, capacidade vesical pequena funcional, resposta vesical de esvaziamento diminuída e distúrbios do sono estão entre as principais causas da enurese. OBJETIVO: Propor um protocolo diferenciado e objetivo para o tratamento da enurese monossintomática e da enurese polissintomática. MATERIAL E MÉTODOS: A aplicação do protocolo é baseada em parâmetros clínicos e laboratoriais, direcionando a conduta conforme os achados. RESULTADOS: O tratamento proposto para todos os pacientes inclui medidas gerais e comportamentais, aplicação do diário miccional e restrição hídrica à noite. Para os pacientes com enurese monossintomática que apresentam poliúria noturna, avalia-se o uso de desmopressina, e naqueles com a capacidade vesical diminuída, o uso de alarme, ou a associação dos dois tratamentos. Na enurese polissintomática ou nos casos resistentes está indicada avaliação especializada, realização de ecografia e avaliação urodinâmica. Crianças com ENP associada a hiperatividade, déficit de atenção, ansiedade, depressão, dislexia e enxaqueca podem se beneficiar com imipramina. O uso de oxibutinina está indicado em pacientes com contrações não inibidas da bexiga e ou bexigas de pequena capacidade. CONCLUSÃO: O uso do Protocolo para ENP monossintomática ou polissintomática favorece a indicação da melhor terapia para o tratamento individualizado dos pacientes. Em algumas situações, a associação de terapias pode ser requerida para melhores resultados.

FECHAMENTO PRIMÁRIO EM GRAVE MORDEDURA CANINA

Marcio Abelha Martins, Jaquelini Barboza da Silva, Daniela Zandoná Brezolin e Camyla Foresti

INTRODUÇÃO: Os acidentes por mordeduras são responsáveis por 1% dos atendimentos médicos de urgência e emergência, sendo a mordedura canina mais comum e as vitimas abaixo de 10 anos mais frequentes. É consenso que em ferimentos corto-contusos deste tipo não devem ser feitas suturas primárias, pelo risco de infecção de partes moles, porém, na pratica, e devido à extensão

e localização de feridas, novos questionamentos estão aparecendo acerca do tema em questão. OBJETIVO: Relatar fechamento primário de ferimento extenso de couro cabeludo em criança de menos de 02 anos sem infecção ou sequela. RELATO DE CASO: Menina de 1 ano e 10 meses atacada por cão em couro cabeludo, levada ao PA, onde foi feito atendimento inicial com curativo compreensivo e encaminhada para internação hospitalar. Após 4 h do acidente, foi identificada extensa lesão de couro cabeludo frontal, temporais bilaterais e occipital (avulsão quase completa) até pericrânio. Paciente com calendário vacinal em dia e levada ao centro cirúrgico para lavagem abundante da ferida, debridamento, anestesia local para diminuição da dor pós-operatória e identificados 4 retalhos a serem reconstruídos primariamente com pontos de Blair Donatti com fio nylon 4.0. O pós-op. foi mantido curativo tipo capacete oclusivo por 48 h e mantida amoxicilina e clavulanato via oral por 7 dias. Alta no segundo pós-op. sem intercorrências com retorno ambulatorial em 1 semana e 2 semanas com cicatrização excelente de todos os retalhos, feita retirada de pontos sob anestesia em Hospital dia. Após 2 semanas, cicatrizes pouco visíveis com crescimento normal de cabelo. DISCUSSÃO: Apesar de ser consenso a cicatrização por segunda intenção, o fechamento primário tem se mostrado com risco infeccioso abaixo da literatura, de 2,5%. No caso relatado, o tempo até o fechamento foi maior que 4 a 6 h, com grande extensão e localização considerada de alto risco infeccioso e hemorrágico com difícil mecanismo de hemostasia e tecido frouxo de fácil propagação infecciosa. Não houve cuidado especial e trocas de curativos, apenas compressão seguida de higiene local, desencorajando uso de pomadas, trocas frequentes e manipulação da ferida como muitas vezes sugeridas pela enfermagem. CONCLUSÃO: Ainda que o consenso cirúrgico seja pelo fechamento de segunda intenção, é necessária a realização de estudos que determinem critérios para melhor seleção dos pacientes que se beneficiariam com o fechamento primário sem alterar o risco infeccioso ou postergar sua realização.

HIDRONEFROSE BILATERAL COM RETENÇÃO URINÁRIA POR HIDROMETROCOLPOS

Nicolino César Rosito, Felipe Holanda, Guilherme Peterson, Rafael Mazzuca e Luciano Schopfi

INTRODUÇÃO: O hidrometrocolpos volumoso é uma rara causa de hidronefrose no período neonatal. OBJETIVO: Relatar dois casos de hidrometrocolpos volumosos com obstrução urinária, hidronefrose bilateral e anúria no período neonatal. MATERIAL E MÉTODOS: Revisão de prontuário de dois casos de hidrometrocolpos volumosos, com hidronefrose bilateral e anúria no período neonatal, discussão dos exames de imagem e conduta. RESULTADOS: Ambas pacientes nasceram com tumoração abdominal que ocupava toda a extensão da pelve até o epigástrio, com hidronefrose bilateral e anúria. A ecografia mostrou hidrometrocolpos volumoso com hidronefrose bilateral e a tomografia computadorizada demonstrou hidrometrocolpos com dilatação e deslocamento dos ureteres. No primeiro caso, a paciente foi acompanhada por ecografia e punções seriadas para esvaziamento do hidrometrocolpos. No segundo caso, foi realizada uma histerostomia descompressiva. A grande massa ocasionada pelo hidrometrocolpos levou à obstrução bilateral do sistema urinário, ocasionando anúria no período neonatal. A descompressão por punção da vagina e a histerostomia puderam ser utilizadas até a estabilização do quadro clínico e posterior realização da correção da malformação genital. CONCLUSÃO: O hidrometrocolpos pode ocasionar obstrução bilateral do sistema urinário, desencadeando hidronefrose bilateral e anúria e deve ser lembrado como causa de hidronefrose. O diagnóstico precoce e a descompressão do hidrometrocolpos proporciona a desobstrução e proteção do sistema urinário.

ÍNDICE DE FERTILIDADE TESTICULAR EM TESTÍCULOS INTRA-ABDOMINAIS

Nicolino César Rosito, Felipe Holanda, Guilherme Peterson e Rafael Mazzuca

INTRODUÇÃO: O testículo intra-abdominal pode sofrer degeneração com o aumento da idade. O testículo retido desenvolve progressiva fibrose intersticial e apresenta pouco crescimento tubular. A espermatogênese diminui devido à atrofia dos túbulos seminíferos, ao desenvolvimento da fibrose intersticial e pela expansão do tecido conectivo, causados pela diminuição da vascularização. OBJETIVO: Avaliar a viabilidade, a histologia e o índice de fertilidade testicular dos testículos intra-abdominais. MATERIAL E MÉTODOS: Estudo prospectivo de 44 testículos de 35 pacientes com testículos intra-abdominais que foram submetidos a videolaparoscopia para diagnóstico e tratamento. A idade dos pacientes variou de 4 a 168 meses, com média de 64 meses e mediana de 53 meses. Os pacientes foram submetidos a videolaparoscopia para orquidopexia e realizaram biópsia testicular por punção com a utilização da pistola Pró-Mag 2.2, com agulha nº 18, através do trocarte de 3 mm. O índice de fertilidade tubular (IFT) foi estabelecido com o número de túbulos seminíferos com espermatogônias e o número de espermatogônias por túbulo. RESULTADOS: O teste não paramétrico de Kruskal-Wallis 1-Way Anova demonstrou uma correlação estatisticamente significativa entre o número de espermatogônias em 50 túbulos seminíferos e a idade ($p = 0,010$). As crianças submetidas a orquidopexia mais precocemente têm melhor índice fertilidade testicular dos testículos intra-abdominais. CONCLUSÃO: O estudo foi eficaz para avaliar a viabilidade dos testículos. O índice de fertilidade testicular dos testículos intra-abdominais diminui com o aumento da idade dos pacientes. A indicação precoce de cirurgia determina melhor potencial de fertilidade nas crianças com testículos intra-abdominais.

LIPOMA GIGANTE NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASSA INTRABDOMINAL

Marcio Abelha Martins, Jaquelini Barboza da Silva e Fatima Cleonice de Souza

INTRODUÇÃO: O lipoma pode ser isolado ou sob forma de lipomatose, nas crianças sua presença é incomum e pode ter apresentação clínica diversa até mesmo como massa intrabdominal nos casos de lipomas gigantes simulando clincamente e radiologicamente outras neoplasias abdominais mais comuns e de pior prognostico como pancreatoblastomas, neuroblastomas e teratomas. OBJETIVO: Demonstrar que o lipoma gigante pode ser causa de massa abdominal epigástrica em criança, devendo estar incluso no diagnóstico diferencial nas massas identificadas em tomografias como possíveis teratomas. RELATO DE CASO: Menina desde 02 anos, com abaulamento epigástrico e com episodio de diarreia volumosa tratada com vermífugo. Abaulamento com crescimento lento e, depois de encaminhada ao gastroenterologista, com 04 anos, foi identificado através de uma tomografia abdominal uma massa abdominal com 21 x 11 x 11 cm sugestiva de teratoma com planos de clivagem em topografia de cólon transverso e estômago progressivamente a criança teve dispneia e lombalgia cada vez pior, sendo indicada internação feita exerese completa sem intercorrencias via laparotomia transversa. No anátomo-patológico identificado células adiposas sem atipias compatível com lipoma. Discussão: O Teratoma em crianças menores que 01 ano tem seu risco de malignização aumentado após 01 ano principalmente seu componente epitelial com apresentação dos carcinomas devendo a cirurgia

ser via aberta e sempre que possível excisional. A suspeita tomográfica não exclui outras neoplasias, como o lipoma, que, apesar de um menor risco de malignização, também deve ser removido por sua variante maligna, o lipossarcoma. Já o pancreatoblastoma está associado à síndrome como Beckwith-Widemann não sendo este o caso e se não houver planos de clivagem deverá apenas ser feita diagnóstico de forma incisional para melhor planejamento de neo-adjuvante, mesmo que o tratamento definitivo e potencialmente curativo seja cirúrgico. Estar preparado para estes pacientes requer um serviço de excelência em radiologia, cirurgia e patologia. Lembrando que o plano de clivagem que auxilia na estratégia cirúrgica pode ser feito por ecografistas experientes. CONCLUSÃO: Mesmo na suspeita tomográfica de teratoma intrabdominal, o lipoma não pode ser excluído. Já o plano de clivagem deve ser bem determinado para definir a estratégia cirúrgica que influenciará no diagnóstico e prognóstico do paciente.

MANEJO DE OBSTRUÇÃO URETRAL POR CISTO PARAURETRAL EM CRIANÇAS

Nicolino César Rosito, Felipe Holanda, Guilherme Peterson e Rafael Mazzuca

INTRODUÇÃO: Os cistos parauretrais são congênitos, mas podem se manifestar tardiamente. São recobertos por epitélio e crescem por obstrução ou degeneração cística de remanescentes do seio urogenital (glândulas parauretrais, ductos de Skene, ductos Mullerianos). O crescimento do cisto pode levar ao rompimento espontâneo, entretanto, quando cresce e desloca lateralmente o meato uretral, ocasiona sintomas urinários e tem indicação de cirurgia. OBJETIVO: Relatar dois casos de cistos parauretrais em crianças, um menino e uma menina, ocasionando sintomas urinários por obstrução do meato uretral. MATERIAL E MÉTODOS: Revisão de prontuário e documentação fotográfica. RESULTADOS: No primeiro caso, uma menina de 2 meses com retenção urinária por obstrução do meato uretral por volumoso cisto para uretral. No segundo caso, um menino de 6 anos com disúria e polaciúria por deslocamento lateral do meato uretral. O diagnóstico foi feito pelo exame físico que demonstrava a presença de cisto parauretral com aspecto mucoide, deslocando lateralmente o meato uretral. Os pacientes foram submetidos à excisão dos cistos, sem necessidade de sonda no pós-operatório e evoluíram sem complicações. CONCLUSÃO: O crescimento do cisto parauretral desloca o meato uretral da linha média e ocasiona sintomas urinários que podem levar à obstrução parcial ou total do meato uretral. O diagnóstico é realizado pelo exame físico, sem necessidade de investigação adicional, e o tratamento cirúrgico é marsupialização ou excisão do cisto.

MANEJO PRIMÁRIO DE EXTROFIA VESICAL E EPISPADIA NO PERÍODO NEONATAL

Nicolino César Rosito, Felipe Holanda, Guilherme Peterson e Rafael Mazzuca

INTRODUÇÃO: A extrofia de bexiga pertence a um espectro de malformações congênitas que afeta os sistemas urinário e musculoesqueléticos. A correção cirúrgica deve ser realizada nas primeiras 48h-72 h de vida e pode ser realizada com fechamento combinado primário. OBJETIVO: Demonstrar a técnica de fechamento primário combinado da extrofia vesical e epispádia no período neonatal. MATERIAL E MÉTODOS: Revisão de prontuário e documentação fotográfica. RESULTADOS: Para efetuar o reparo primário no período neonatal é importante a realização de osteotomia para melhor aproximação do púbis, separação completa da placa vesical, com incisão dos ligamentos intersínfises para ampla mobilização da bexiga e fechamento da placa vesical, mantendo o colo vesical e uretra posterior mais profundamente na pelve. Na correção da epispádia concomitante, é importante separar a placa uretral dos corpos cavernosos e tubularizar a neouretra ventralmente com dissecção dos 2 hemicorpos cavernosos e rotação dos mesmos com cobertura total da neouretra. O paciente foi mantido com cistostomia, splints ureterais e sonda uretral por 3 semanas. Após 2 dias de cistostomia clampeada, faz-se ecografia para avaliar a presença de hidronefrose e retirou-se a cistostomia. O paciente apresentou epidermiólise do prepúcio no pós-operatório e curvatura dorsal residual. CONCLUSÃO: O fechamento primário combinado de extrofia vesical e epispádia pode ser realizado no período neonatal por equipe médica experiente e cuidados pós-operatórios neonatais intensivos. A cirurgia é tecnicamente difícil, mas o fechamento combinado no período neonatal vai permitir o enchimento e esvaziamento vesical precoce com possibilidade de aumentar a capacidade vesical e pode tornar a criança continente no futuro.

O VOLUME TESTICULAR NÃO PREDIZ O POTENCIAL DE FERTILIDADE EM TESTÍCULOS CRIPTORQUÍDICOS

Nicolino César Rosito, Felipe Holanda, Guilherme Peterson e Rafael Mazzuca

INTRODUÇÃO: O volume testicular é considerado um indicador potencial da contagem de células germinativas e pode ser usado para selecionar pacientes para a terapia hormonal. Entretanto, há uma grande variabilidade na contagem das células germinativas por túbulo seminífero em relação ao volume testicular. OBJETIVO: Comparar a histologia e o volume dos testículos intra-abdominais. MATERIAL E MÉTODOS: Estudo prospectivo de 44 testículos de 35 pacientes com testículos intra-abdominais que foram submetidos a orquidopexia videolaparoscópica. A idade dos pacientes variou de 4 a 168 meses, com média de 64 meses e mediana de 53 meses. Os pacientes realizaram biópsia testicular por punção. O índice de fertilidade tubular (IFT) foi estabelecido com o número de túbulos seminíferos com espermatogônias e o número de espermatogônias por túbulo seminífero e a análise volumétrica foi determinada pelo volume dos testículos que foi calculado através da aplicação de duas fórmulas específicas. RESULTADOS: O teste de Kruskal-Wallis 1-Way Anova e o Coeficiente de Spearman foram utilizados para verificar a correlação entre o volume testicular e o número de espermatogônias por túbulos seminíferos. O nível de significância estabelecido foi de 5% ($p < 0,05$). A análise volumétrica dos testículos não demonstrou diferença estatisticamente significativa considerando o volume testícular. A correlação não foi estatisticamente significativa entre o volume testicular e a idade ($p = 0,271$). CONCLUSÃO: Quando se compara o volume testicular com o número de espermatogônias em 50 túbulos seminíferos deste estudo, encontra-se uma correlação estatisticamente não significativa negativa ($r = 0,047$; $p = 0,760$). O volume testicular não prediz o potencial de fertilidade em testículos criptorquídicos.

ONFALOCELE ASSOCIADO A TRISSOMIA DO 18: RELATO DE CASO

Juliana Dall´Onder, Natália Schilling Ceratti, Bruno Oneto Y Viana Pintos, Tatiana Salini Marin, José Gomes da Rocha Filho, Eduardo Hoffmann Miranda, Andressa Vargas Martins, Lionel Leitzke, Catarina Haveroth, Laise Locks Stahlhofer, Vanessa Barrili Busato e Bibiana Dorneles

INTRODUÇÃO: Onfalocele trata-se de uma má-formação localizada no ponto de inserção do cordão umbilical e decorrente do não retorno das vísceras para a cavidade abdominal. Apresenta-se como uma bolsa transparente, revestida externamente pela membrana amniótica e internamente pelo peritôneo. Possui uma incidência de 1 a cada 4.000 nascimentos, com predominância no sexo feminino (5:1). A etiologia é ainda desconhecida e más-formações associadas estão presentes em mais de 50% dos casos, incluindo anormalidades cardíacas, defeitos de tubo neural, hérnia diafragmática, entre outras. As anomalias cromossômicas estão presentes em aproximadamente 25% dos casos de onfalocele, sendo a trissomia do cromossomo 18 a mais comum, seguida pelas trissomias do 13 e 21. Trissomia do cromossomo 18 corresponde à segunda síndrome mais comum em seres humanos, com uma frequência de 1 a 3.500-8.000 nascidos vivos e tem como características principais baixo peso ao nascer, micrognatia, occipital proeminente, esterno curto, orelhas malformadas e de baixa implantação, sobreposição dos dedos das mãos (segundo dedo cavalgado sobre o terceiro e quinto sobre o quarto), hipoevolutismo somático, polidrâmnio, cardiopatia congênita e onfalocele. MATERIAL E MÉTODOS: Relato de caso. RESULTADOS: R.N., masculino, branco, nascido no dia 29/06/2010 e encaminhado à UTI neonatal imediatamente após o parto. Ao exame físico: Abdome: onfalocele. Extremidades: fusão de artelhos de ambos os pés e fusão do 1º e 2º quirodáctilo e 3º e 4º quirodáctilo da mão direita. Demais sem particularidades. Ecografia obstétrica no dia 28/06/10: polidramnio; cardiológico: comunicação interventricular; abdome: onfalocele contendo alças intestinais e dilatação de alças intra-abdominais; extremidades: malformação de artelhos em ambos os pés.O paciente foi submetido a cirurgia de correção da onfalocele bem como atresia de jejuno, aderências e bridas no dia seguinte ao nascimento, sem apresentar nenhuma intercorrência durante e após a cirurgia. No dia 04/08 foi confirmado o diagnóstico de Trissomia do 18. CONCLUSÃO: O objetivo principal do tratamento é conseguir o retorno das vísceras à cavidade peritonial e o fechamento do defeito da parede abdominal, sem causar um aumento crítico da pressão intra-abdominal. Apesar de não ser uma emergência, quanto antes feita a correção cirúrgica, maior a chance de fechamento primário sem complicações.

RELATO DE CASO DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA

Danieli Fernanda Dolvitsch, Hosana Chinazzo, Korine Camargo, João Santos, Silvia Rocha e Maximiliano Costa

INTRODUÇÃO: Hérnia diafragmática congênita (HDC) é resultante de um defeito na fusão das membranas pleuroperitoneais que começa no início do período embriológico mantendo uma solução de continuidade no diafragma com consequente herniação das estruturas abdominais para a cavidade torácica. Acomete 1 em cada 2.000-3.000 nascidos vivos, sendo responsável por 8% de todas as anomalias congênitas maiores.OBJETIVO: Relatar um caso de HDC que foi atendido no serviço de cirurgia geral do Hospital Universitário da ULBRA (HU). RELATO DO CASO: L.M.D, data de nascimento 23/08/2010, masculino, branco, natural e procedente de Santo Ângelo (RS). Peso de nascimento de 3.410 gramas, obteve Apgar de 7 no primeiro minuto e 8 no quinto minuto, capurro de 38 semanas e 5 dias, sendo considerado adequado para a idade gestacional. Apresentou desconforto respiratório precoce necessitando de oxigenoterapia imediata. Chegou ao HU após dois dias do seu nascimento em incubadora de transporte, taquidispneico, com tiragem subcostal leve a moderada, rosado, recebendo O2 a 100%, hidratado, ativo, chorando, HGT 235 mg/dl, frequência cardíaca de 161 bpm, palato íntegro, clavículas sem crepitações. Foi realizado raio-x de tórax que evidenciou a presença de alças intestinas em hemitórax esquerdo com desvio do mediastino, boa expansibilidade de pulmão direito e ausência de gases no reto, tendo, então, como laudo radiográfico hérnia diafragmática à esquerda. Foi realizada laparotomia transversa supraumbilical esquerda para correção da HDC, por via de acesso abdominal, que constatou um defeito pósterolateral esquerdo do diafragma com herniação de todo intestino delgado e grosso para a cavidade torácica esquerda, com rotação intestinal não completa mais bandas de Ladd no cólon direito e transverso com suboclusão. O procedimento consistiu em redução das alças, liberação das aderências com correção da não rotação, posicionamento do intestino delgado à direita e do cólon ascendente e transverso à esquerda, e após o fechamento da hérnia em um plano único sem intenção. Paciente teve uma boa evolução no pós-operatório e obteve alta hospitalar no décimo dia. CONCLUSÃO: A morbidade e mortalidade estão relacionadas à hipoplasia pulmonar, resultante da compressão mecânica nos pulmões em desenvolvimento. As HDC são, usualmente, diagnosticadas nas primeiras 24 horas de vida, devido à grande disfunção respiratória. É de extrema importância seu diagnóstico e tratamento precoce.

RIM PÉLVICO E ESTENOSE DE JUP: O PAPEL DA VIDEOLAPAROSCOPIA NO SEU MANEJO

Márcio Abelha, Jaquelini Barboza da Silva, MAriana Frighetto Tres e Bruna Elisa Koch

INTRODUÇÃO: A localização mais comum da ectopia renal é pélvica, com incidência de 1:2.500 ou 3.000 com predileção ao lado esquerdo e com associação com malformações genitais e urinárias, dentre elas útero bicorno, Síndrome de Mayer Rokitansky Kuster Hauser, ureter ectópico e vasos anômalos. OBJETIVO: Relatar malformações associadas ao rim pélvico e seu manejo videolaparoscopico. RELATO DE CASO: Menina de 7anos em acompanhamento com diagnóstico prévio de rim pélvico, por achado de massa abdominal em fossa ilíaca direita. Assintomática e sem hidronefrose nas ecografias de controle anual com DMSA com função absoluta reduzida. Teve perda do acompanhamento, porém, no final de 2010 teve episódio de abdome agudo com internação em Hospital Universitário com massa abdominal dolorosa palpável acima da cicatriz umbilical com febre e leucocitose. A hidronefrose grau quatro e hipertrofia renal esquerda vicariante foram identificadas na ecografia e confirmadas na tomografia. A paciente teve melhora da dor, redução da massa, remissão da febre e leucocitose após uso de cefuroxima. Realizado novo DMSA com exclusão renal direita. Decidido por Nefrectomia videolaparoscopica de rim pélvico direito excluso com diagnostico intraoperatório de estenose de JUP e útero não desenvolvido. No pos operatório não houve intercorrências e recuperação completa e alta em 48h. DISCUSSÃO: Na paciente, além do rim pélvico ser o direito, havia estenose de JUP e não uma compressão extrínseca por vasos anômalos, frequentemente relatados na literatura. Além disso, não há dados que demonstrem um aumento na relação de estenose de JUP com rim pélvico. A abordagem laparoscópica permitiu a identificação do útero não desenvolvido possibilitando suspeitar de outras malformações genitais como a Síndrome de Rokitansky ainda não confirmada por cariótipo ou estudo de imagem e permitindo seu diagnóstico ambulatorial para futuro aconselhamento genético e familiar caso necessário. A Nefrectomia videolaparoscopica em rim pélvico tem suas peculiaridades como a procura de vasos anômalos sendo neste caso feito sem intercorrencias. CONCLUSÃO: A estenose de JUP pode ser causa de exclusão renal também em rim pélvico, devendo ser pesquisada na presença de hidronefrose ou perda de função renal. A videolaparoscopia em rim pélvico e segura tem um papel diagnóstico nas malformações associadas como terapêutico das mesmas.

SCHWANNOMA SIMULANDO EVENTO ADVERSO PÓS VACINA DE BCG

Katchibianca Bassani Weber, Raquel de Mamann Vargas, Marcelo Carneiro, Márcio Abelha, Adriana Gonzati e Jaquelini Barboza da Silva

INTRODUÇÃO: O schwanoma pediátrico caracteriza-se por ser um tumor mesenquimal benigno encapsulado originado das células de Schwan, geralmente associado a neurofibromatose tipo II e raramente solitário, encontrado no mediastino posterior, membros superiores, cabeça e pescoço, sendo rara sua apresentação em parede torácica. OBJETIVO: Relatar o caso de uma menina de 2 anos, com massa em parede torácica à direita, simulando abscesso frio pós vacina da BCG. MÉTODOS: Revisão retrospectiva do quadro clínico e patológico direcionando para o diagnóstico diferencial. RESULTADOS: Há 6 meses a mãe percebeu uma massa subcutânea de 20 mm que evoluiu com crescimento lento e progressivo em parede torácica com acometimento de região axilar à direita. Foi acompanhada como evento adverso de vacinação com BCG e até realizado tratamento empírico com Rifampicina, Isoniazida e Etambutol. Após 2 semanas de terapia evoluiu com hepatite medicamentosa e aumento da massa, sendo decidido por exérese cirúrgica após descartado invasão de parede torácica e biopsia prévia inconclusiva para tuberculose ou neoplasia. O diagnóstico de Schwanoma foi firmado com a anatomopatologia e imunohistoquímica. CONCLUSÃO: O diagnóstico diferencial de massas axilares em pediatria é amplo. A incidência de evento adverso a BCG é baixa, mas possivelmente subnotificada. A hipótese diagnóstica de schwanoma deve ser incluída nas hipóteses de massas axilares na faixa etária pediatria, apesar de que a apresentação descrita não é comum na faixa etária e topografia.

TRATAMENTO CONSERVADOR E CIRÚRGICO NO TRAUMA ESPLENO-RENAL NA INFÂNCIA

Márcio Abelha, Jaquelini Barboza da Silva, Mariana Frigheto Três, Heloisa Poli, Daniela Miranda e Fernanda Ribeiro

INTRODUÇÃO: O trauma abdominal fechado é o mais comum na infância. As principais causas são os acidentes automobilísticos e quedas. Um terço dos traumas abdominais envolvem o baço e o fígado. O traumatismo renal corresponde a dois terços de todos os tipos de traumatismos geniturinário. O tratamento conservador nas lesões mais graves ainda não tem consenso definido, sendo importante a experiência de centros de atendimento à criança traumatizada. RELATO DE CASO: Menino de 13 anos, que após queda de bicicleta, internou no Hospital Universitário devido forte dores abdominais em flanco esquerdo com hematuria macroscópica, com TA normal e sem taquicardia. Na ecografia e tomografia computadorizada lesão grau III no baço e lesão renal esquerda grau IVA hemoglobina 10,6 G/dL, o hematócrito 33,3%, instituído tratamento conservador. Após 12 h, estava sem hematuria macroscópica, porém taquicárdico e com peritonismo e o hematócrito era 21,1% e a hemoglobina 7 G/dL com ecografia de controle com separação dos polos renais e hematoma expansivo retroperitoneal com derrame pleural esquerdo. Indicada exploração renal esquerda. Feita nefrectomia esquerda com lesão de pelve e artérias segmentares, no pós-operatório teve recuperação completa e alta em 10 dias. DISCUSSÃO: Falhas no tratamento conservador são instabilidade hemodinâmica, hematoma expansivo e compressivo além hematúria macroscópica espoliativa. Neste caso o baço foi preservado, pois não houve piora ecográfica, já o trauma renal, mesmo sem lesão pélvica ureteral radiológica, houve expansão do hematoma e urinoma não contidos com consequente derrame pleural esquerdo incomum a lesão deste grau, confirmada após toracocentese terapêutica e diagnóstica, não sendo necessária a drenagem torácica, comum nestes casos e necessário caso houvesse possibilidade de nefrectomia parcial. No tratamento conservador não há evidências sobre a função imunológica do baço em lesões graves esplênicas, por isso, crianças abaixo de 7 anos de idade mais suscetíveis a germes capsulados devem ter a vacinação feita em esplenectomizados discutidos em futuros estudos. CONCLUSÃO: O tratamento cirúrgico não impede o conservador de lesões combinadas. O acompanhamento ecográfico foi suficiente no diagnóstico da piora e evitando a irradiação desnecessária. A lesão do sistema coletor pode não aparecer na tomografia com contraste na avaliação inicial e apresentações incomuns podem ser a indicação de intervenção cirúrgica como a fístula pélvico pleural esquerda.

USO DO APÊNDICE CECAL PARA CRIAÇÃO DE MECANISMOS QUE AUXILIAM A CONTINÊNCIA URINÁRIA E FECAL

Nicolino César Rosito, Felipe Holanda, Guilherme Peterson e Rafael Mazzuca

INTRODUÇÃO: Crianças com mielomeningoceles apresentam incontinência urinária por anormalidades da inervação vesical, quadro conhecido como bexiga neurogênica. Estão associados, problemas em outros sistemas em graus variáveis de hidrocefalia, deformidades esqueléticas, deficiência na motricidade e sensibilidade dos membros inferiores, bem como do esfíncter anal, podendo ocorrer encoprese e/ou constipação associados. OBJETIVO: Relatar o uso do apêndice cecal para confecção de mecanismo de continência urinária (Mitrofanoff) e fecal (Monti) no mesmo tempo cirúrgico em paciente com mielomeningocele. MATERIAL E MÉTODOS: Revisão de prontuário e documentação fotográfica. RESULTADOS: O apêndice cecal foi dividido em 2/3 (distal) e 1/3 (proximal), mantendo-se o pedículo dos vasos apendiculares. O terço proximal é mantido embricado no ceco para realização de enemas de limpeza (Técnica de Monti) tratando a constipação e/ou encoprese. Os 2/3 distais do apêndice cecal foram implantado na bexiga, entre a mucosa e o detrusor para cateterismo vesical continente (Técnica de Mitrofanoff). No pós-operatório, utilizando o apêndice cecal reimplantado em túnel submucoso vesical como conduto cateterizável (uma derivação urinária continente) permitiu ao paciente manter-se seco por períodos de até 6h, e com o uso de enemas de limpeza pelo conduto cateterizável de Monti a cada 2 dias, melhoraram os sintomas de encoprese encoprese. CONCLUSÃO: O uso do apêndice cecal dividido para confecção de mecanismo de continência urinária (Mitrofanoff) e de conduto cateterizável para enemas de limpeza a partir do ceco (Monti) no mesmo tempo cirúrgico mostrou-se factível e eficaz para a continência urinária e fecal do paciente com mielomeningocele.

VÁLVULA DE URETRA POSTERIOR: APRESENTAÇÃO CLÍNICA VARIÁVEL DEVIDO AO RETARDO NO DIAGNÓSTICO PRECOCE

Nicolino César Rosito, Felipe Colombo Holanda, Guilherme Peterson e Rafael Mazzuca

INTRODUÇÃO: A obstrução valvular da uretra desenvolve-se aproximadamente na 7ª semana gestacional, como resultado da confluência anormal dos ductos menosonéfricos e da membrana no seio urogenital. Dentre as causas de obstrução uretral, a válvula de uretra posterior (VUP) causa alterações secundárias ao trato

urinário superior, às vezes, com consequências devastadoras. Entretanto, a consequente dilatação do trato urinário fetal pode ser detectável por ultrassonografia já por volta da 14ª semana gestacional. OBJETIVO: Identificar os diferentes quadros clínicos decorrentes de válvula de uretra posterior, subdivididos por faixa etária. MATERIAL E MÉTODOS: Estudo retrospectivo, observacional, de 100 pacientes atendidos no HCPA, com diagnóstico de válvula de uretra posterior. RESULTADOS: A maioria dos pacientes (68) teve o diagnóstico somente após o período neonatal. Apenas 10 tiveram diagnóstico pré-natal, sendo que os achados ecográficos mais comuns foram ureterohidronefrose e oligodrâmio (50%). No período neonatal, massa abdominal e distensão abdominal, foram os achados clínicos mais prevalentes. Febre e infecção urinária foram os achados mais prevalentes quando o diagnóstico foi feito no primeiro ano de vida, após o período neonatal. CONCLUSÃO: Embora a ecografia, através do acompanhamento pré-natal, tenha capacidade de evidenciar alterações compatíveis com VUP já no 4ª mês gestacional, nesta série o diagnóstico foi tardio na maioria dos pacientes, muito do que justificado pela inexistência de pré-natal adequado para a população estudada. As manifestações clínicas foram diversas, conforme a faixa etária e aumentaram sua gravidade, quanto mais demorado foi o diagnóstico.

CUIDADOS PRIMÁRIOS

A ORGANIZAÇÃO DE UMA REDE ESTADUAL DE PROTEÇÃO AO RECÉM-NASCIDO DE RISCO EGRESSO DE UTIS NEONATAIS

Erico José Faustini, Eleonora Walcher, Brasília Italia Ache, Werner Ervino Fetzner, Carlos Armando Ulrich Lima, Mara Peres Meneghetti, Fulvia Elena Camporesi Schuster e Sandra Maria Salles Fagundes

INTRODUÇÃO: A "epidemia de prematuros" e o nascimento de outros RN de risco, associado ao avanço do conhecimento na área da neonatologia e da crescente tecnologia disponível para a assistência destes RN, levam ao aumento de RN de risco sobreviventes no Estado. Este fato levou a Secretaria Estadual de Saúde ao desafio de organizar uma rede estadual de assistência ao RN de risco que minimize o risco ampliado que esse grupo tem de adoecer e morrer. OBJETIVO: Criar uma rede estadual de RN de risco egressos de UTIN com a finalidade de prevenir complicações decorrentes do risco. MÉTODOS: Foi feita uma discussão com a Sociedade de Pediatria do Estado e serviços com experiência em acompanhamento ambulatorial de RN de risco para a elaboração de um projeto. Após elaboração, o projeto foi encaminhado para apreciação na Comissão Intergestores Bipartite do Estado. O Projeto foi aprovado por esta comissão através de resolução estadual de saúde, criando a rede de ambulatórios especializados no atendimento do RN de risco egresso de UTIN. A resolução prevê a alocação de recursos financeiros para os hospitais com UTIN e participantes da rede de atenção à gestante de risco, bem como condiciona a adesão destes hospitais à presença de equipe multiprofissional para o atendimento destes RN e a adoção do protocolo de atendimento proposto. RESULTADOS: Dezoito hospitais, permitindo uma cobertura em todo o Estado, incluindo todos os serviços universitários com Faculdade de Medicina e UTIN, aderiram à estratégia que iniciou em junho de 2011. Destes 18 hospitais, 12 já assinaram o termo de adesão e 6 estão em processo de adesão. CONCLUSÃO: A rede estadual de proteção ao RN de risco egresso de UTIN é uma estratégia inédita no Brasil. Esta ação pioneira do Estado trará um impacto positivo à saúde infantil com a padronização da assistência deste grupo de RN de risco por equipe multiprofissional até os dois anos de idade e incrementará a importância da atuação em rede, indispensável para o sucesso de ações de saúde pública na área infantil.

AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DESENVOLVIDAS PELO CENTRO DE ESTUDOS PEDIÁTRICOS DA UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL

Árien Eliza Oldoni, Cecília Rotava Buratti, Mariana Menegotto, Verônica Indicatti Fiomenghi e William Fontan Santiago

INTRODUÇÃO: As Ligas Acadêmicas são entidades sem fins lucrativos compostas por alunos do curso de Medicina e organizadas por discentes, docentes e outros profissionais com interesses comuns em ensino, pesquisa e extensão. As Ligas são autônomas e temáticas e, no caso da Pediatria, têm se constituído para abordar e aprofundar temas referentes à promoção de saúde da criança e do adolescente. Inserida no contexto das Ligas Acadêmicas, o Centro de Estudos Pediátricos (CEPED) desenvolve atividades científicas, culturais e sociais voltadas à comunidade acadêmica e à comunidade em geral, promovendo diversos temas relacionados à saúde da criança. OBJETIVOS: Desenvolver ações ligadas ao meio acadêmico que possibilitem o contato dos estudantes com a comunidade e que promovam a prevenção da saúde da criança. MÉTODOS: Através das ações desenvolvidas pelo CEPED, os membros têm a oportunidade de aprofundar seus conhecimentos a respeito da saúde da criança e do adolescente por meio de análise e discussão de estudos científicos, palestras com profissionais de diversas áreas e ações/intervenções em Hospitais e Escolas. Além do papel de produção de conhecimento acadêmico, o desenvolvimento de ações comunitárias proporciona grandes ganhos para a comunidade, na medida em que oportuniza ações educativas, de promoção e prevenção da saúde e viabiliza a troca de informações. Para o acadêmico, as Ligas representam uma chance de aprimoramento do currículo e de uma maior experiência clínica e crítica. CONCLUSÃO: As atividades desenvolvidas pelas Ligas Acadêmicas são capazes de contribuir para a comunidade, uma vez que auxiliam na melhoria da qualidade de vida da população. Sendo assim, o CEPED tem como bases o estímulo ao conhecimento médico pediátrico e o desenvolvimento de ações sociais de promoção à saúde da criança e do adolescente.

ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÕES DE SAÚDE EM ESCOLARES, RESULTADOS DO PROGRAMA SORRINDO PARA O FUTURO SESC-RS

Larissa Simon Brouwers, Aline Hohmann Gagliardi Mota, Fernanda Maffei, Mari Estela Kenner e Rosemary de Oliveira Petkowicz

INTRODUÇÃO: Programas de educação em saúde iniciados na infância mantendo-se ao longo da vida escolar possuem potencial para influenciar hábitos e reduzir fatores de risco para doenças. O Programa "SESC Sorrindo Para o Futuro" tem como objetivo educar para hábitos de higiene e alimentação para a promoção da saúde integral de escolares do nível da Educação Infantil ao quinto ano do Ensino Fundamental. Os desfechos principais são redução de cáries e doença periodontal e evitar o ganho excessivo de peso. População estudada: escolares pertencentes às 2.833 escolas participantes do Programa. MÉTODOS: Trata-se de um estudo de coorte no qual participam 363 municípios do

Rio Grande do Sul através das Secretarias de Educação e Saúde em parceria com o SESC. Os educadores recebem formação para as intervenções em saúde (alimentação saudável, prática de exercícios, orientação para higiene oral). O SESC promove a capacitação anual destes profissionais, os quais realizam as atividades educacionais em sala de aula e monitoram as respostas. Os educadores realizam o controle da higiene bucal, formação da placa dentária e avaliação do estado nutricional, através do IMC. O controle de peso e da estatura é realizado anualmente entre os escolares, sendo calculado o IMC e utilizado os pontos de corte da classificação da OMS/2007. RESULTADOS: As escolas participantes encontram-se principalmente na zona urbana (80,9%). Foram avaliadas 31.998 crianças em 2009; destas, 41,6% apresentavam excesso de peso (sobrepeso ou obesidade). Foi realizada a comparação do estado nutricional das crianças conforme a localização das escolas, rural/ urbana (qui-quadrado), e não houve associação entre estado nutricional e a zona de localização da escola. Na análise longitudinal de 4.645 crianças avaliadas em 2008 e 2009, o número de crianças eutróficas foi de 61,8% e 53,9 %, respectivamente. Houve a manutenção na proporção de crianças obesas e aumento dos que apresentavam sobrepeso na comparação entre os anos. Entre os alunos que iniciaram em 2008 e continuaram no programa até o final de 2009, 83,4% melhoram ou permaneceram com a boa condição de saúde bucal. CONCLUSÕES: Não há diferenças no excesso de peso entre as escolas rurais ou urbanas. Os dados de saúde bucal mostram que a continuidade do programa na escola tem um efeito positivo na saúde das crianças. Entretanto, em relação ao estado nutricional, as intervenções comportamentais não foram suficientes para apresentar impacto sobre o IMC das crianças participantes.

DEFESA PROFISSIONAL

IMPACTO DA PARTICIPAÇÃO EM LIGA DE PEDIATRIA NA GRADUAÇÃO MÉDICA

Rosangela Antunes Matte, Hugo Karling Moreschi, Vanessa Adriana Scheeffer, Marcela Rodrigues Nunes, Joane Antoniolli, Laura Cesar Wischral e Laura Marmitt

INTRODUÇÃO: A Liga de Pediatria da PUCRS é uma liga acadêmica sem fins lucrativos que tem como objetivo proporcionar aos estudantes das faculdades médicas de Porto Alegre e grande Porto Alegre um programa de educação continuado com assuntos relevantes na área da pediatria. OBJETIVOS: Estudar o impacto na vida acadêmica dos estudantes de medicina após um ano de participação na Liga de Pediatria. MATERIAL E MÉTODOS: Este estudo foi realizado no período de julho de 2010 a maio de 2011, através da aplicação de questionário digital aos membros da Liga de Pediatria da PUCRS, tendo como amostra um total de 58 questionários respondidos. Os questionários abordavam questões referentes à caracterização epidemiológica dos membros da Liga de Pediatria da PUCRS, à participação nos eventos, à satisfação com os mesmos e ao impacto na vida acadêmica que esta participação trouxe a seus membros. RESULTADOS: 100% dos membros consideraram a escolha dos temas, aplicabilidade dos mesmos e duração dos encontros boa ou excelente. Apenas um membro considerou a escolha dos palestrantes regular. 60% dos entrevistados consideraram ter melhorado seu desempenho como acadêmico de medicina após a participação nos eventos da liga. 86% dos membros da liga tiveram como principal motivação para ingressar na mesma o seu interesse pela pediatria, apesar de apenas 34% terem escolhido pediatria como especialidade médica a seguir. CONCLUSÃO: O presente estudo demonstra que os participantes da Liga de Pediatria da PUCRS demonstram-se satisfeitos com a qualidade dos eventos. A participação regular nas palestras trouxe melhora na vida acadêmica. Concluímos que a existência de ligas acadêmicas pode trazer benefícios à prática médica de seus participantes, pois estas proporcionam um ambiente de discussão de assuntos de interesse médico, amparado por profissionais capacitados, que complementam o conhecimento adquirido durante as aulas e durante os estudos em casa.

PERSPECTIVA DA PEDIATRIA NA VISÃO DE ESTUDANTES DE MEDICINA

Joane Antoniolli, Vanessa Adriana Scheeffer, Rosangela Antunes Matte, Marcela Rodrigues Nunes, Laura Marmitt, Hugo Karling Moreschi e Laura Cesar Wischral

INTRODUÇÃO: A Pediatria no Brasil, que conta hoje com 30 mil profissionais, foi uma das especialidades mais atingidas pelas transformações sociais, econômicas e tecnológicas. A remuneração é inadequada, tanto no sistema público quanto nos convênios, sendo cerca de 3 vezes menor que a maioria das outras especialidades. Tal desvalorização tem levado desde a diminuição da procura da especialidade por médicos recém-formados, até o fechamento de consultórios pediátricos. É fundamental o resgate do papel do médico pediatra, a fim de reestimular a formação desses profissionais, cuja relevância para a sociedade brasileira é notória. MÉTODOS: Este estudo foi realizado no período de maio de 2011, através de aplicação de questionário digital contendo cinco perguntas fechadas e uma aberta aos membros da Liga de Pediatria da PUCRS (LPED). Tal questionário abordava as seguintes questões: 1) Motivo para estar na LPED; 2) O que motiva à especialização em pediatria; 3) O que desmotiva à especialização em pediatria; 4) Por que não se especializar em pediatria; 5) Faria pediatria se o fator acima fosse modificado?. RESULTADOS: Foram respondidos 18 questionários. Dentre esses, 14 (77,8%) membros da LPED afirmaram querer se especializar em pediatria e 100% destes afirmaram ser a vocação o que os motiva a essa especialidade. Entre os fatores que os desmotivam a pediatria, 100% citaram o salário e 14% citaram a qualidade de vida. Dentre os 4 membros que referiram não querer a pediatria como especialidade, 100% referiram gostar de pediatria, sendo que 3 desses referiram participar da LPED pois consideram a especialidade importante e desejam adquirir mais conhecimento na área. Dentre esses, 100% referiram a qualidade de vida como motivo determinante para a não especialização na área, sendo que 3 desejariam se especializar em pediatria caso esse fator fosse modificado. CONCLUSÃO: A maior motivação para a participação dos integrantes da Liga de Pediatria PUCRS é o desejo de seguir a especialidade, levando em conta mais a vocação para o trabalho médico com crianças que as possíveis dificuldades. Além da qualidade de vida, muitas vezes refletida em horas de trabalho extenuantes, a remuneração inadequada é o principal fator que desmotiva os integrantes. O interesse por parte dos membros na especialidade Pediatria aumentaria se houvesse modificação dessa realidade, o que corrobora a necessidade de uma maior valorização da categoria.

ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CORTISOL E ESTRESSE EM ALUNOS ATENDIDOS POR UM CENTRO DE EDUCAÇÃO INFANTIL

Nadja Tiellet, Deisi Vargas e Caio Maurício Mendes Cordova

OBJETIVO: Avaliar o nível de estresse e cortisol em crianças que frequentam um Centro de Educação Infantil (CEI) Municipal. MÉTODOS: Estudo transversal, que avaliou 65 crianças até 6 anos. A medida do cortisol foi avaliada através da saliva, a coleta foi realizada, no período matutino, em 41 crianças, e, no período vespertino, em 24 crianças. Realizou-se a correlação do nível de cortisol com idade, peso, estatura, IMC, tempo de permanência na creche por dia, sintomas físicos e psicológicos relacionados ao estresse e a carga de estresse sofrido pela criança. Os dados foram apresentados através de tabelas e analisados com testes estatísticos para estimar associações. RESULTADOS: 35 eram do sexo feminino e 30 do masculino. A média de idade foi 44,1 ± 16,1 meses. A média do nível de cortisol salivar colhido no período matutino foi 10,2 nmol/L e, no vespertino, foi 12,7 nmol/L. A frequência de cortisol elevado foi 21,54%, com diferença significante entre as turmas, com diferença de 41,25% entre a maior e a menor média de cortisol. Em relação ao IMC, 24 crianças (36,9%) estavam acima do peso, sendo 9 delas com cortisol elevado. Quando correlacionado o tempo de permanência na creche por dia e o IMC, encontrou-se uma correlação positiva (r=0,44; p=0,03;), quanto maior o tempo de permanência na creche dessas crianças, maior o seu IMC. A média de cortisol entre as crianças que apresentavam sobrepeso/obesidade mostrou ser significantemente maior do que a média de cortisol das crianças com IMC adequado. No berçário houve uma correlação entre o cortisol e o tempo de permanência na creche (r=-0,87; p=0,02) e com a escala de reajustamento social (r=0,96; p=0,001). No jardim II foi verificado que o cortisol se correlacionou com o tempo em que as crianças permaneceram na creche (r=0,76; p=0,002) e com os sintomas de estresse infantil (r=0,73; p=0,004). CONCLUSÃO: Encontramos uma frequência de cortisol elevado em ¼ das crianças estudadas. Os níveis de cortisol salivar associaram-se com o IMC, tempo de permanência na creche, sintomas de estresse infantil e escala de reajustamento social. O cortisol e o estresse podem ser importantes, como causa ou consequência, no desenvolvimento da obesidade. A maior frequência de cortisol elevado foi verificado no período vespertino, sendo provável que as crianças frequentadoras de creche possam apresentar alteração do ritmo circadiano do cortisol.

HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA POR DEFICIÊNCIA DA ENZIMA 17 ALFA-HIDROXILASE

Paola Mari Nakashima Cano, Danilo Resende Dias de Abreu, Lilian Bianca Miller Martelo de Marcos e Natália Souza Aono

INTRODUÇÃO: Hiperplasia adrenal congênita (HAC) compreende doenças autossômicas recessivas, com deficiência enzimática da síntese de cortisol, resultando em aumento compensatório da secreção de ACTH. HAC por deficiência da enzima 17 á-hidroxilase (17OH) é rara, cursando com redução da produção de esteroides sexuais, desenvolvimento puberal incompleto ou ausente; aumento de desoxicorticosterona (DOC), hipertensão arterial sistêmica (HAS) e inibição do sistema renina-angiotensina. São característicos: aumento de pregnenolona, progesterona e DOC, diminuição da 17-OHP, androstenediona, testosterona e estradiol (E2). RELATO DO CASO: Paciente, sexo feminino, 14 anos, procedente e natural de Campo Grande (MS), encaminhada ao endocrinologista pediátrico com queixa de atraso puberal e HAS em uso de atenolol. Tanner=M1P1, altura=1,6m; idade óssea (IO)=11 anos, FSH=105,4, LH=64,62, aldosterona=29,6, progesterona=13,9, pregnenolona=1,33, DOC=2.641, cortisol 0,69, E2 <10, renina 0,5, 17OHP=0,86, androstenediona< 0,30, cariótipo 46XX. Diagnosticou-se HAC por deficiência de 17OH. Prescreveu-se etinilestradiol, acetato de hidrocortisona 10mg/m²sc/dia e manutenção do atenolol 25mg/dia. Com 15 anos, atingiu Tanner=M3P1; IO=13 anos; cortisol suprimido; E2 dentro do limite. Aos 16 anos, relatou ser vítima de bullying, entrou-se com fluoxetina 20mg. Com 17 anos, IO=14 anos; Tanner=M4P2, 1,65m de altura; substituiu-se a hidrocortisona por prednisona 5mg/dia, por ser de fácil administração e não haver mais risco de prejuízo estatural. Após 2 meses, ACTH=51,4, cortisol=4,5, E2=10, aumentou-se a dose de prednisona (10mg/dia) e prescreveu-se contraceptivo oral. A paciente apresentava-se assintomática. DISCUSSÃO e CONCLUSÃO: Esta síndrome ocorre em menos de 1% dos casos de HAC. Mulheres (46XX) apresentam infantilismo sexual, amenorreia primária, ausência de pelos pubianos e axilares e retardo da IO. Deve-se acompanhar a cada 4-6 meses com dosagens hormonais para monitoração da reposição de glicocorticoides.

XANTOMA ERUPTIVO: RELATO DE CASO

Cristiane Kopacek

INTRODUÇÃO: Xantomas correspondem a lesões cutâneas com acúmulo de lipídeos de localização dérmica. O xantoma eruptivo se manifesta como pápulas e nódulos, isolados ou confluentes, de coloração amarelo-alaranjada, localizados principalmente nas áreas de extensão dos membros e região glútea. É consequente a níveis elevados de triglicérides no plasma. O diagnóstico precoce e a correta interpretação das alterações cutâneas podem ter importante impacto no diagnóstico, tratamento e prognóstico de pacientes portadores de alterações primárias ou secundárias do metabolismo das lipoproteínas. Relata-se caso clínico de exuberante de xantoma eruptivo em paciente de 8 anos, sem diagnóstico prévio de dislipidemia e com pai portador de dislipidemia severa. OBJETIVOS: Chamar a atenção para o diagnóstico precoce e a correta interpretação destas alterações cutâneas no diagnóstico, tratamento e prognóstico de pacientes portadores de alterações do metabolismo das lipoproteínas. MÉTODOS: Relato de caso de paciente masculino, de 8 anos, previamente hígido, com queixa de lesões cutâneas em tronco, abdômen e membros superiores, de início súbito há 2 meses. Vem encaminhado ao Endocrinologista Pediátrico para avaliação de dislipidemia. Como antecedentes familiares, referia o pai com dislipidemia severa, hipertrigliceridemia, em tratamento irregular com estatina, e sem lesões cutâneas. Ao exame clínico, o menino apresentava múltiplas lesões papulosas, pápulo-nodulares, isoladas, de coloração amarelo-alaranjada e localizadas no tronco, abdômen, dorso e região extensora dos membros superiores. Além de obesidade (IMC de 23,9), não apresentava nada digno de nota nos demais orgãos e sistemas. RESULTADOS: Os exames laboratoriais de entrada mostraram: triglicérides = 2000 mg/dl e colesterol total = 732 mg/dl. Orientado pelo pediatra a seguir dieta, os exames foram repetidos 2 meses após, com os seguintes resultados: triglicérides = 1.530 mg/dl e colesterol total = 499 mg/dl, HDL = 26,4 mg/dl. Outros lípides não foram dosados. Trazia ainda hemograma e enzimas hepáticas normais. CONCLUSÃO: Embora não seja entidade clínica comum, salienta-se a importância do xantoma eruptivo para os pediatras como a expressão clínica de hipertrigliceridemia severa, devendo ser considerado este diagnóstico, especialmente em casos de dislipidemia familiar. O manejo desta situação é essencial para que se evitem complicações agudas como pancreatite e risco de doença arterial coronariana.

GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA

ABSCESSO HEPÁTICO: RELATO DE CASO

Juliana Dall´Onder, José Gomes da Rocha Filho, Natália Schilling Ceratti, Bruno Oneto Y Viana Pintos, Tatiana Salini Marin, Andressa Vargas Martins e Cristiano do Amaral de Leon

INTRODUÇÃO: Abscessos hepáticos são definidos como conjuntos de material purulento no parênquima hepático de solitários ou múltiplos, principalmente de origem amebiana, bacteriana, ou mista. As principais características clínicas de um paciente com um abscesso do fígado são febre, dor abdominal no quadrante superior direito, náuseas e vômitos, sintomas constitucionais, incluindo mal-estar, fadiga, anorexia e perda de peso. A ultrassonografia é o exame de imagem não invasivo preferido inicialmente. OBJETIVO: Relatar um caso de suspeita de abscesso hepático, seu diagnóstico e tratamento. MATERIAL E MÉTODOS: Relato de caso. Caso: A.L.C.J., 12 anos, procurou um serviço de saúde em Viamão no dia 14/02/11 com quadro de febre alta, diarreia e vômitos, recebendo tratamento sintomático com antipirético. No dia 25/02/11, iniciou com dor abdominal intensa em hipocôndrio diretito associado ao quadro inicial. Realizou ecografia de abdome que mostrou líquido livre subdiafragmático direito. Iniciou com antibioticoterapia por suspeita de apendicite aguda. Realizou tomografia de abdome sem contraste mostrando lesão hipodensa de 8,4 cm por 5,3 cm em região vesicular, bem como derrame pleural bilateral. Foi tranferido para um serviço de saúde de Canoas no dia 01/03/11 para maior investigação, com suspeita de abscesso hepático. Realizou tomografia de abdome com contraste mostrando lesão expansiva hipodensa de 9,4 cm por 7,0 cm no lobo direito do fígado com impregnação periférica e heterogênica no contraste (abcesso multiseptado). Líquido livre perivesicular, peri-hepático e pélvico. Exame parasitológico de fezes negativo. Realizada biópsia hepática que evidenciou achados compatíves com fibrose cicatricial pós-abscesso. Recebeu alta após 23 dias de antibioticoterapia, com melhora dos sintomas e diminuição das dimensões de lesão hepática em tomografia de controle. CONCLUSÃO: Para identificarmos causas amebianas, anticorpos séricos antiamebiase podem ser úteis, mas quando uma causa piogênica é suspeita, a cultura do conteúdo do abscesso é necessário, e antibioticoterapia não deve ser adiada até que os resultados da cultura estejam disponíveis, iniciando-se antibioticoterapia empírica.

ATRESIA DE VIAS BILIARES

Larissa Coconcelli Kasper, Gláucia Alves de Carvalho, Bárbara Berrutti, Caroline Dutra Göellner e Paola Moretti

INTRODUÇÃO: A atresia biliar, com uma incidência estimada entre 1 em 8.000 até 1 em 15.000 nascimentos, é caracterizada por um quadro de colestase devido à obstrução congênita das vias biliares extra-hepáticas. Constitui-se hoje a principal causa de transplante hepático em crianças. RELATO DO CASO: Recém-nascido a termo, masculino, com 3.620 g, Apgar 9/10 é levado a UBS com sete dias de vida apresentando icterícia. Foi orientado, na ocasião, apenas a observação do quadro. Em consulta ambulatorial com um mês de idade, o lactente continuava ictérico e os exames laboratoriais solicitados evidenciavam aumento de bilirrubinas totais, à custa de bilirrubina direta (BD: 3,44mg/dl). Encaminhado ao gastroenterologista pediátrico, este indicou internação hospitalar para investigação. Interna com dois meses e nove dias de vida no PSM de Pelotas com acolia fecal, icterícia e hepatoesplenomegalia. Realiza uma ultrassonografia abdominal que não mostra alterações. Três dias após, na enfermaria pediátrica do HUSFP, segue com a mesma clinica e laboratório, tendo sido descartadas rubéola, hepatites, toxoplasmose, sífilis e HIV. À cintilografia de fígado e vias biliares solicitada não se visualiza trânsito biliar, sugerindo o diagnóstico de atresia de vias biliares. O lactente foi encaminhado ao serviço de cirurgia pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre para a realização de portoenterostomia. DISCUSSÃO: A colestase neonatal constitui uma urgência em pediatria, uma vez que, se a portoenterostomia não for realizada precocemente, ocorre a progressão para fibrose, com insuficiência hepática e óbito. O simples acompanhamento da coloração das fezes do recém-nascido, com o espectro de cores de alerta presente na caderneta da criança, já faz levantar a suspeita. CONCLUSÃO: Tendo em vista que a idade da criança ao realizar a portoenterostomia é o principal fator prognóstico da doença, o diagnóstico precoce e o encaminhamento para centros especializados são de suma importância para a sobrevida com qualidade do paciente.

CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS E HISTOLÓGICAS DE UMA AMOSTRA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES INFECTADOS PELO HELICOBACTER PYLORI

Juliana Ghisleni de Oliveira, Anna Carolina Saraiva Camerini, Cristina Helena Targa Ferreira, Luíse Meurer e Themis Reverbel da Silveira

INTRODUÇÃO: Helicobacter pylori (H. pylori) é uma bactéria com distribuição universal e está presente em cerca de 50% da população mundial. Doença ulcerosa péptica e adenocarcinoma gástrico são condições associadas à infecção com elevada morbimortalidade. A infância constitui o período de maior aquisição da infecção, que costuma permanecer por toda a vida do indivíduo a menos que um tratamento seja instituído. O comportamento da infecção varia conforme a população estudada. Como o Brasil é um país continental, com diversas peculiaridades regionais, o entendimento da realidade local é fundamental, uma vez que o impacto dessa condição não necessariamente é o mesmo em todas as regiões do país. OBJETIVO: Descrever as características endoscópicas e histológicas de uma amostra de crianças e adolescentes infectados pelo H. pylori. MÉTODOS: Estudo transversal, descritivo e contemporâneo com uma amostra de crianças e adolescentes submetidos a EDA no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e no Hospital Moinhos de Vento de março de 2008 a janeiro de 2011. Critérios de inclusão: ter indicação para realização de EDA e idade entre 1 e 18 anos. Critérios de exclusão: contraindicação à realização de biópsia; uso de antibiótico e/ou bismuto, de bloqueadores H2 e de inibidores da bomba de prótons nos 30 dias anteriores ao exame; uso de anti-inflamatório não esteroide e/ou de ácido acetil-salicílico nos 3 dias anteriores ao exame. A histologia foi o método escolhido para o diagnóstico da infecção. Foram coletados 5 fragmentos de biópsia gástrica: 2 do corpo, 2 do antro e 1 da incisura e todos os exames foram realizados por um único patologista. RESULTADOS: 400 procedimentos foram incluídos e 72 casos de infecção pela bactéria foram identificados (prevalência de 18%). Gastrite nodular foi o achado endoscópico mais prevalente, presente em 43% dos casos. Doença ulcerosa péptica não foi identificada na amostra estudada. Quanto aos achados histológicos, todos os pacientes apresentaram gastrite crônica, sendo 53% das gastrites de intensidade leve. 66/72 pacientes apresentaram densidade leve a moderada da bactéria. Atrofia gástrica foi identificada em 3 casos e metaplasia intestinal em 1 paciente. CONCLUSÃO: O estudo sugere haver uma menor prevalência da infecção por H. pylori nas crianças e adolescentes submetidos a EDA no nosso meio em relação a outras regiões brasileiras, bem como uma menor prevalência de doença ulcerosa péptica.

COLESTASE NEONATAL: ASSOCIAÇÃO DE SÍNDROME DE ALAGILLE E INFECÇÃO POR CITOMEGALOVÍRUS

Osvaldo Artigalás, Ana Regina Lima Ramos, Raquel Borges Pinto, Beatriz John dos Santos, Lauro Antônio Dondonis Filho, Ariane Nádia Backes, Valentina Provenzi, Laura Laranjeira e Manoel Ângelo de Araujo

INTRODUÇÃO: Existem mais de 100 causas identificáveis de colestase neonatal, o que exige raciocínio clínico e sistematização da investigação. Nesse trabalho, descrevemos um caso de um lactente com sindrome de Alagille e infecção por citomegalovírus, enfocando na importância de uma investigação criteriosa. CASO CLÍNICO: Paciente masculino, 3 meses, com colestase iniciada no 1º mês de vida internado na sua cidade, recebendo alta com investigação inconclusiva. Passou a apresentar acolia aos 2 meses, quando foi transferido para o HCC. Antecedentes perinatais e história familiar não continham particularidades. Na sua primeira avaliação, apresentava-se ictérico, sem dismorfias, tórax simétrico com ausculta normal, abdome sem megalias, restante do exame físico sp. Exames iniciais mostraram: Ht: 28%, Hb: 9,9 g/dL, L: 18.560, plaquetas: 567.000/mL; reticulócitos: 1,9%, BT: 11,8mg/dL, BD: 7,7 mg/dL, TGO: 255 mg/dL, TGP: 103 mg/dL, GGT: 556U/l, INR 1,0, KTTP 39s, albumina 4,3 mg/dL, função renal e gasometria: sp, colesterol: 261mg/dL, triglicerídeos: 243mg/dl, TSH e T4 livres: sp, Perfil metabólico normal. EQU e urocultura: sp. Sorologias para hepatites virais: NR, VDRL NR, Rubéola IgG e IgM NR, Toxoplasmose IgM NR, IgG duvidoso, CMV IgM e IgG Reagentes, PCR positivo. Anti-HIV: NR. Solicitado alfa-1-antitripsina sérica. US abdominal (normal) e cintilografia de vias biliares que não evidenciou excreção. Avaliação oftalmológica (normal), RX coluna vertebral (hemivértebra em T6 - "vértebra em borboleta"). Solicitada ecocardiografia (estenose grave de ramos pulmonares), confirmando assim o diagnóstico de síndrome de Alagille. US cerebral (normal), US e cintilografia de vias urinárias (sem malformações) e biópsia hepática: colestase acentuada, infiltrado inflamatório portal leve, hepatócitos gigantes sinciciais e fibrose portal com formação de septos. Ausência de ductopenia e inclusão citomegálica. Paciente foi tratado com ac. ursodesoxicólico e ganciclovir por 21 dias, recebendo alta em boas condições. CONCLUSÃO: A síndrome colestática do lactente constitui um dos maiores desafios diagnósticos da Hepatologia Pediátrica. Esse caso clínico ilustra a importância da sistematização da investigação complementar na colestase neonatal e a correlação desta com os achados clínicos. A presença de um agente causal não obrigatoriamente deve encerrar a investigação.

COLESTASE NEONATAL GRAVE CAUSADA POR HEPATITE DE CÉLULAS GIGANTES ASSOCIADA A ANEMIA HEMOLÍTICA POR DEFICIÊNCIA DE G6PD: RELATO DE CASO

Raquel Borges Pinto, Ana Regina Lima Ramos, Beatriz John dos Santos, Osvaldo Artigalás e Valentina Provenzi

INTRODUÇÃO: Hepatite de Células Gigantes (HCG) é uma forma rara de Hepatite Neonatal associada a um prognóstico ruim. O diagnóstico é histológico e a etiologia pode estar associada a vírus, drogas, deficiência de alfa-1-antitripsina e autoimunidade, assim como a anemia hemolítica Coombs positiva. Descrevemos um caso de HCG associada a anemia por Deficiência de G6PD. CASO CLÍNICO: Masculino, 1m13d, internou por icterícia há 4 dias, gemência e baixo peso, sem acolia. Mãe 47 anos, gesta VII, pré-natal de alto risco, consanguinidade parental. Parto vaginal, 38 semanas, APGAR 6/9. Ao exame: REG, prostrado, granuloma umbilical, ictérico até raiz da coxa, sem linfonodomegalias. AR: MVUD, disfunção respiratória leve. ACV: RR, 2T, BNF, sopro sistólico 2+/6+. ABD: hepatomegalia discreta, esplenomegalia. Criptorquidia bilateral. Exames: Ht 30%; Hb 8,9 g/dL; leucócitos: 11.270; plaq: 221.000; TP: INR 1,6, KTTP: 57s; Fator V: 116%; BT: 44 mg/dL, BD: 20 mg/dL. TGO: 1119U/L; TGP: 287U/L; GGT: 53U/L; FA: 398U/L; glicose: 79mg/dL, a-fetoproteína: > 60.500 ng/mL; Ferritina: 2555ng/mL; saturação da Transferrina: 27%; albumina: 3,6 mg/dL; TSH e T4 livre: normais; Coombs: negativo; LDH: 906U/L; Colesterol: 214mg/dL; Triglicerídeos: 187mg/dL, reticulócitos: 3,8%. Eletroforese de hemoglobina: normal; STORCH negativo, anti-HIV: NR; anti-HCV positivo; PCR negativo. HbsAg: NR. Erros Inatos do Metabolismo: alteração da oxidação de ácidos graxos. Deficiência de G6PD. US abdome: hepatoesplenomegalia; Cintilografia de vias biliares: normal; Rx de ossos longos, tórax e coluna: sp; Avaliação oftalmológica: sp. Ecocardiograma: CIA, tipo "osteum secundum". Biópsia hepática: inflamação crônica, acentuada transformação gigantocelular dos hepatócitos, colestase hepatocitária e canalicular, hemopoiese extramedular, mínima proliferação ductular e fibrose porta-porta e porta-centro. EVOLUÇÃO: Iniciado tratamento para sepse, ácido ursodesoxicólico e vitamina K, apresentando melhora da coagulação e melhora parcial da colestase. Mantido dieta com fórmula semielementar e vitaminas lipossolúveis, persistindo com dificuldade de ganho ponderal, apesar de receber alimentação via sonda. Foi encaminhado para centro de transplante hepático. CONCLUSÃO: HCG é uma importante consideração diagnóstica em lactentes com colestase grave. Apesar da conhecida associação com anemia hemolítica Coombs positiva, outras causas de hemólise devem ser consideradas, como a deficiência de G6PD.

DOENÇA DE MÉNÉTRIER EM LACTENTE DE 2 ANOS: RELATO DE CASO

Ana Regina Lima Ramos, Raquel Borges Pinto, Beatriz John dos Santos, Paulo Cezar Nunes, Alexandra Cauduro Ponso, Valentina Provenzi e Manoel Angelo de Araujo

INTRODUÇÃO: A doença de Ménétrier ou gastroenteropatia hipertrófica caracteriza-se pela hipertrofia das pregas do fundo e corpo gástrico causada por hipersecreção da mucosa com consequente gastroenteropatia perdedora de proteínas, sendo muito rara em crianças. CASO CLÍNICO: Paciente masculino, de 2 anos e 5 meses, previamente hígido, interna com história de vômitos frequentes há 2 semanas e quadro de febre até 40ºC há 7 dias, sendo iniciado com amoxicilina e logo após ter apresentado edema de face, membros inferiores, região periescrotal e distensão abdominal. Em consulta em serviço de emergência foi detectada albumina de 1,4mg/dl, sendo indicada internação por suspeita de síndrome nefrótica. Após avaliação com Nefrologia, foi descartada síndrome nefrótica e solicitada avaliação pelo Serviço de Gastroenterologia. Realizados exames: C3 e C4 normais, VDRL: NR; FAN: NR; Fator reumatoide: NR; ASLO: NR; TGO: 39mg/dl; Sorologia para Citomegalovírus: em andamento; TGP: 21mg/dl; triglicerídeos: 281mg/dl; colesterol: 170mg/dl; T4 e TSH: normais; Hb 11,5, 21.010 leucócitos, 18% eosinófilos, 51,5% linfócitos; imunoglobulinas normais, com exceção de IgA de 26mg/dl (36 – 165) e IgG de 187mg/dl (520 – 1080); proteinúria em amostra de 0,39g/l (acima de 2,0); raio X de trânsito intestinal: espessamento do revestimento mucoso do fundo gástrico, jejuno muito irregular, com aparente espessamento parietal. Realizada endoscopia digestiva alta que revelou: mucosa de fundo, corpo e antro apresentando múltiplas lesões polipoides sésseis, a maior medindo aproximadamente 7 mm, e algumas áreas de espessamento da mucosa, principalmente no fundo. Teste de Urease: negativo; a análise anátomo-patológica mostrou acentuada hiperplasia foveolar, sem metaplasia intestinal

e pesquisa de helicobacter pylori negativa, demais aspectos: sp; Paciente evoluiu com melhora espontânea e progressiva do edema periférico e dos níveis de albumina, sendo a última dosagem de 3,7mg/dl. Após 20 dias de hospitalização, teve alta em bom estado geral. CONCLUSÃO: A doença de Ménétrier é rara na infância, sua etiologia é ainda desconhecida. Na criança, o início do quadro clínico é abrupto, muitas vezes associado com infecção viral precedente, e apresenta um curso autolimitado. Deve ser sempre considerada nos diagnósticos diferenciais de hipoalbuminemia por provável perda gastrointestinal.

DOENÇA DE MÉNÉTRIER EM MENINO DE 4 ANOS

Tiago Jeronimo dos Santos, Roberta Ferlini, Melina Utz Melere, Marilia Rosso Ceza e Sandra Maria Gonçalves Vieira

INTRODUÇÃO: Gastropatia Hipertrófica Exsudativa, descrita inicialmente por Ménétrier, caracteriza-se por hipertrofia de pregas gástricas, hiperplasia foveolar e atrofia glandular do corpo gástrico, com excreção de muco rico em proteínas. A faixa etária pediátrica mais prevalente é entre 3 a 5 anos, onde o quadro clínico costuma ser rico e autolimitado. OBJETIVO: Relatar o caso de um paciente de 4 anos com doença de Ménétrier. MÉTODOS: Relato de caso de criança com Doença de Ménétrier, com análise clínica, laboratorial e histopatológica realizada em abril de 2011. DESCRIÇÃO: Menino, 4 anos, trazido à Emergência por dor abdominal aguda e história de vômitos, inapetência e diarreia iniciados há 2 semanas, sem febre. Ao exame, presença de sinais de irritação peritoneal e anasarca. Ecografia abdominal com pequeno derrame pleural à direita, ascite, hepatoesplenomegalia discreta e adenomegalias junto ao hilo hepático e tronco celíaco. Radiografia de trânsito intestinal com espessamento de pregas e irregularidades parietais no estômago. Laboratório: leucograma normal, anemia microcítica e hipocrômica, função hepática normal, hipoalbuminemia e hipertrigliceridemia. Evoluiu com piora do edema de membros inferiores, mãos e bolsa escrotal e manutenção da ascite, no entanto, índice proteinúria/creatinúria, exame comum de urina, proteinúria de 24h e dosagem de C3 e C4 descartaram síndrome nefrótica. Triagem para doença celíaca negativa. Endoscopia digestiva alta (EDA) com mucosa gástrica hipertrófica, muito friável, sem lesões intestinais e histologia sem padrão definido. IgA e IgM séricas no limite inferior da normalidade, IgG reduzida, IgE elevada. Suspeita de enteropatia perdedora de proteínas. Realizada avaliação com parasitológico de fezes negativo, sorologias para hepatites A, B e C e HIV não reagentes, e sorologias para CMV com IgG reagente, IgM indeterminado e PCR urinário positivo. Após 2 semanas, houve melhora progressiva dos vômitos, edema, hiporexia e ganho ponderal. EDA após 20 dias com significativa melhora e laboratório com reversão da hipoalbuminemia e hipogamaglobulinemia. CONCLUSÃO: As características clínicas, laboratoriais e imaginológicas sugerem doença de Ménétrier. Hipertrofia da mucosa gástrica, hipoalbuminemia e indícios de infecção por CMV foram os principais achados. Apesar de a biópsia ter sido inconclusiva, a benignidade do caso e seu curso, após tratamento conservador, contribuíram ao diagnóstico.

DOES EATING THE EGGS MAKE ANY DIFFERENCE FOR ZEBRAFISH?

Gabriela Lima Pedroso, Thais Ortiz Hammes, Laisa Beduschi Fracasso, Thayssa Dalla Costa Escobar, Rafael Lucyk Maurer e Themis Reverbel da Silveira

INTRODUCTION: The Zebrafish eggs are rich in lipids and it can be a source food for the fish. The aim of this study is to measure the influence of eating eggs in BMI, cholesterol and triglycerides serum levels in Zebrafish. MATERIAL AND METHODS: Adult Zebrafish of both genders were divided into two groups, control (free access to their own eggs) and the experimental group (bottom of the aquarium filled with glass balls to prevent them to access theeggs) for two weeks. To the blood analysis, both groups were kept fasting for 24 hours before the blood collection. The body mass index (BMI) was measure in gram per square centimeter (g/cm^2). To collect the blood samples, animals were anesthetized and an incision was made before the tail to access the dorsal vein. We used an automatic pipette to collect the blood. It was centrifuged and serum was obtained for analysis. Triglycerides and cholesterol were analyzed with colorimetric tests. The n used was 4 pools with serum of 10 animals each. RESULTS: There was no significant difference in BMI between control ($0,037 \pm 0,009$ g/cm^2) and experimental group ($0,035 \pm 0,008$ g/cm^2) neither in cholesterol levels (control 362 ± 73 mg/dL and experimental group 357 ± 23 mg/dL). However, there was a significant difference in triglycerides levels (control 457 ± 43 mg/dL and experimental group 292 ± 111 mg/dL P=0,03) CONCLUSION: Eating the eggs seams to influence the Zebrafish´s triglycerides serum levels without modifying the BMI and the cholesterol serum levels.

DUCTOPENIA GRAVE ASSOCIADA AO USO DE ANTICONVULSIVANTE EM PACIENTE COM NECRÓLISE EPIDÉRMICA TÓXICA: RELATO DE CASO

Raquel Borges Pinto, Ana Regina Lima Ramos, Beatriz John dos Santos, Rosane Merg, Elisa Baldasso, Valentina Provenzi, Alexandra Cauduro Ponso e Evandro Sobroza de Mello

INTRODUÇÃO: A síndrome ductopênica (vanishing bile duct syndrome - VBDS) ocorre raramente em crianças e pode decorrer de várias causas, tais como: infecções, doenças cromossômicas, deficiência de alfa-1-antitripsina, hipopituitarismo e doenças metabólicas. Descrevemos um caso de VBDS associada ao uso de fenitoína em uma menina com necrólise epidérmica tóxica (NET). CASO CLÍNICO: Menina de 11 anos com diagnóstico de toxoplasmose congênita, internou na UTIP do HCC por febre e lesões de pele após uso de fenitoína por crise convulsiva. Nega uso de outras drogas, chás ou transfusão. Ao exame apresentava lesões bolhosas rotas (com desprendimento de pele tipo: Nikolski) em cerca da metade da superfície corporal, compatível com NET. Recebeu imunogobulina por 3 dias. Exame oftalmológico revelou ceratite discreta, sendo indicado colírio de ciprofloxacina. Durante a internação, apresentou aumento progressivo de bilirrubinas e transaminases. Realizou exames: Ht: 33%; Hg: 10,5 g/L; plaquetas: 687.000; INR 1,6, KTTP 33s, TGO 201 U/L; TGP 223 U/L BT 17mg/dL e BD 15 mg/dL; GGT 473U/L; FA 567 U/L; albumina: 3,3 g/dL; Colesterol: 663 mg/dL e triglicerídeos 390mg/dL. Marcadores para hepatites virais, CMV e EBV foram negativos. Anti-HIV, antimúsculo liso e anti-LKM: negativos. FAN: NR, dosagens de C3, C4, a-1-antitripsina, ceruloplasmina, Imunoglobulinas, TSH e T4 livre foram normais. US abdome: aumento de ecogenicidade hepática. Apresentou sepse, sendo utilizados vários esquemas de antibióticos (oxacilina, vancomicina, meropenem e cefepime). Devido à piora da colestase, foi iniciado ácido-ursodesoxicólico. Apresentou boa evolução das lesões de pele, porém manteve aumento progressivo das bilirrubinas. Realizou biópsia hepática: espaços-porta com mínimo infiltrado inflamatório misto, ductopenia de espaços interlobulares menores, intensa bilirrubinose centrolobular e leve fibrose perissinusoidal em zona 3, compatível com etiologia tóxico-medicamentosa. Realizou colangiorressonância que não exibiu alterações. A paciente foi mantida com ácido ursodesoxicólico, dieta

hipolipídica, colestiramina e vitaminas lipossolúveis, sendo então encaminhada para centro de transplante hepático. DISCUSSÃO: Ductopenia pode ser o resultado final de uma agressão hepática grave. Descrevemos um caso raro de hepatotoxicidade causada por fenitoína em paciente com necrólise epidérmica tóxica que resultou em perda progressiva de ductos biliares intra-hepáticos.

EFEITO DA TAURINA SOBRE A ESTEATOSE HEPÁTICA INDUZIDA POR TIOACETAMIDA EM ZEBRAFISH (DANIO RERIO)

Thais Ortiz Hammes, Gabriela Lima Pedroso, Thayssa Dalla Costa Escobar, Laisa Beduschi Fracasso, Carolina Rigatti Hartmann, Darlan Pase da Rosa, Marilene Porawski, Norma Possa Marroni e Themis Reverbel da Silveira

INTRODUÇÃO: A doença hepática gordurosa não alcoólica é uma das formas mais comuns de doença hepática crônica no mundo ocidental. A taurina é um aminoácido condicionalmente essencial para os humanos e pode ser uma terapia promissora nessa hepatopatia. OBJETIVO: Avaliar o efeito da taurina na esteatose hepática induzida por tioacetamida em Danio rerio. MÉTODOS: Os animais foram divididos em 4 grupos: controle (Ctrl - 20 μL de solução salina), taurina (TAU – 1000 mg/kg), tiaoacetamida (TAA – 300 mg/kg) e taurina-tioacetamida (TAU+TAA – 1000 mg/kg + 300 mg/kg). A TAA foi injetada por via intraperitoneal, 3 vezes por semana, durante 2 semanas. A expressão de mRNA, lipoperoxidação, atividade de enzimas antioxidantes e análises histológicas foram avaliadas no tecido hepático. O conteúdo de triglicerídeos foi mensurado no soro. RESULTADOS: A injeção de TAA induziu esteatose, a qual foi confirmada por análises histológicas. TBARS mostrou dano hepático significante no grupo TAA (0.89 ± 0.06 nmol/mg de proteína) em comparação com o grupo TAU+TAA (0.50 ± 0.01 nmol/mg de proteína) ($P<0.001$). A atividade da superóxido dismutase (SOD) no grupo TAU+TAA (5.95 ± 0.40) foi aumentada quando comparada com o grupo TAA (4.14 ± 0.18 U SOD/mg de proteína) ($P<0.001$). A atividade da catalase e os triglicerídeos séricos não apresentaram alteração. A expressão de mRNA da Sirtuína 1 (0,5 vezes) e do receptor 2 de adiponectina (0,39 vezes) foram menores nos grupos TAA do que no grupo Ctrl ($P<0.05$). A expressão de mRNA do TNF-á foi 6,4 vezes maior no grupo TAA que no grupo Ctrl. A expressão de SIRT1 foi 2,6 vezes maior na TAU+TAA do que no grupo TAA. CONCLUSÃO: A taurina pode melhorar os parâmetros oxidativos e aumentar a expressão da SIRT1 em modelo de esteatose hepática.

HEPATOBLASTOMA EM ADOLESCENTE FEMININA: UM CASO EM IDADE ATÍPICA

Nadja Tiellet, Maiara Cunha, Rogérios Sanches Garcia, Patricia Brandalise, Melissa de Oliveira e Marcela de Moraes Barros e Sousa

INTRODUÇÃO: Neoplasias hepáticas primárias em crianças situam-se entre 0,5% a 2,0% de todas as neoplasias da faixa etária pediátrica. O hepatoblastoma apresenta uma taxa de incidência de 90% em pacientes menores de cinco anos e de 30% nos dois primeiros anos de vida, e é raro em adolescentes. A idade média do diagnóstico é de 1 ano e os meninos são mais afetados, numa relação de 1,5:1 (M:F). OBJETIVO: Descrever um caso de hepatoblastoma em adolescente, tratada com cirurgia e quimioterapia. MÉTODOS: Relata-se o caso de adolescente com volumoso tumor hepático, tratamento e evolução. RELATO DO CASO: Adolescente feminina de 14 anos com quadro clínico de vômitos frequentes. A USG e RNM evidenciaram volumosa massa abdominal, compatível com tumor sólido hepático. Exames como VHS, ferritina, LDH, F.A., TSH, TGO, TGP e Gama GT apresentaram-se elevados. O resultado da biópsia foi adenoma de suprarrenal. Realizada a ressecção cirúrgica do lobo hepático direito, o diagnóstico definitivo foi através de análise anatomopatológica que evidenciou hepatoblastoma. O tratamento consistiu em retirada cirúrgica e quimioterapia adjuvante com Cisplatina. DISCUSSÃO: Os sinais e sintomas usuais do hepatoblastoma são: perda de peso, aumento da massa abdominal, dor, febre e vômitos. No USG, o hepatoblastoma apresenta-se como uma massa intra-hepática hiperecoica sólida. A persistência ou a recorrência de níveis elevados de alfa-fetoproteína é um marcador da doença e se associa à extensão do tumor. Após dois meses da ressecção cirúrgica do tumor da paciente, a AFP encontrava-se com valores normais. Os tumores do tipo fetal puro têm o prognóstico favorável quando completamente ressecados, como é o caso da paciente, cujo tipo histológico era epitelial tipo fetal puro. O tratamento do hepatoblastoma consiste em QT pré/pós-operatória com excisão cirúrgica, com sobrevida de mais de 70%. A paciente realizou excisão cirúrgica e QT pós-operatória e encontra-se sem recidiva da doença até o momento. CONCLUSÃO: O hepatoblastoma é tumor raro em pacientes acima dos cinco anos de idade, mas deve ser lembrado como diagnóstico diferencial em adolescentes e adultos com massa abdominal. O diagnóstico definitivo é através de análise anatomopatológica, mas a utilização de exame de imagem é fundamental para melhor abordagem cirúrgica. O tratamento consiste em retirada cirúrgica e quimioterapia adjuvante.

LACTOBACILLUS RHAMNOSUS COLONIZA INTESTINO DE ZEBRAFISH APÓS EXPOSIÇÃO AO ETANOL

Ana Cláudia Reis Schneider, Djuli Milene Hermes, Alice Beatriz Mombach Pinheiro Machado, Carolina Rigatti Hartmann, Afonso Luis Barth e Themis Reverbel da Silveira

INTRODUÇÃO: O zebrafish apresenta alterações comportamentais, malformações congênitas e distúrbios hepáticos após exposição ao etanol. A microbiota intestinal pode ser alterada pelo consumo de etanol sendo que o uso de probióticos pode recompô-la. O Lactobacillus rhamnosus GG (LGG), é um probiótico que possui propriedades adesivas e previne a disbiose intestinal. OBJETIVO: Verificar a colonização intestinal pelo LGG no zebrafish após exposição ao etanol. MATERIAIS E MÉTODOS: Trinta peixes adultos foram divididos em 3 grupos (n=10) e alimentados com rações específicas por 2 semanas: C – ração sem probiótico; P – ração com probiótico; PE – ração com probiótico e expostos ao etanol. As rações possuíam a mesma composição nutricional. A ração com probiótico (1%) continha do 1010 UFC de LGG liofilizado (Culturelle, Amerifit, EUA). Etanol (0,5%) foi adicionado na água do aquário PE. Após, os animais foram sacrificados e os conteúdos intestinais semeados em meio MRS, específico para lactobacilos, e incubados a 37°C por 48 h em microaerofilia. Foi realizada a técnica de Gram nas colônias que se desenvolveram. A suspensão foi submetida a lise térmica e, após, foi executada a reação de PCR com primers espécie-específicos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do HCPA. RESULTADO: As amostras do grupo C não apresentaram crescimento do LGG, porém, todas dos grupos P e PE apresentaram um significativo crescimento, mostrando que o etanol não inibiu a colonização intestinal do peixe. A presença do LGG foi confirmada por PCR. A técnica de Gram comprovou a presença de lactobacilos nas amostras dos grupos P e PE. CONCLUSÃO: O LGG coloniza o intestino do zebrafish exposto ao etanol.

PROFILAXIA PARA ÚLCERA DE ESTRESSE EM PACIENTES INTERNADOS EM CINCO UTIS PEDIÁTRICAS DE PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

Taísa E. Araújo, Sandra Maria Gonçalves Vieira e Paulo Antonacci Carvalho

OBJETIVO: Avaliar o uso de medicamentos profiláticos para úlcera de estresse (U.E) em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP). MÉTODOS: Estudo multicêntrico, prospectivo, transversal, em cinco UTIPs de Porto Alegre. Foram avaliados os prontuários de todos os pacientes internados, em dia definido aleatoriamente, no período de abril de 2006 a fevereiro de 2007. Pacientes já avaliados em visitas anteriores e aqueles com hemorragia digestiva alta na admissão foram excluídos. Foram avaliados: idade, sexo, diagnóstico na admissão, gravidade da doença, uso de medicamentos profiláticos para sangramento digestivo, medicamento de primeira escolha e justificativa do uso. RESULTADOS: Foram avaliados 398 pacientes, 57% do sexo masculino, mediana de idade de 16 meses (IQ: 4-65) e mediana de permanência em UTIP de 4 dias (IQ: 1-9). O principal motivo de internação foi doença respiratória (32,7%). Apenas uma das UTIPs tinha protocolo assistencial para uso de profilaxia para U.E. Usaram profilaxia 77,5% dos pacientes, variando de 66 a 91%. A ranitidina foi o medicamento mais empregado (84,5%), sendo a ventilação mecânica (22,3%) a justificativa mais prevalente, seguida de rotina informal do serviço (21,4%). Em 3% dos pacientes houve indícios de sangramento digestivo, nenhum clinicamente importante. CONCLUSÕES: O uso de medicamentos profiláticos para U.E foi prática frequente nas UTIP avaliadas, sendo a ranitidina a droga de escolha. Entre as indicações para profilaxia estabelecidas na literatura, a ventilação mecânica foi a indicação mais prevalente. Ressalta-se que o uso baseado em rotinas institucionais assumiu, na amostra estudada, igual prevalência.

PROFILAXIA SECUNDÁRIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS PORTADORES DE VARIZES ESOFÁGICAS

Janine Potrich, Eduardo Montagner Dias, Marina Adami, Cristina Targa Ferreira, Helena Goldani, Sandra Vieira, Carlos Oscar Kieling, Jorge Luis dos Santos e Daltro Nunes

OBJETIVO: Avaliar a evolução de pacientes pediátricos submetidos à ligadura elástica para profilaxia de ressangramento digestivo alto. MÉTODOS: Entre 2000 e 2011, 35 crianças foram submetidas à ligadura elástica após sangramento de varizes esofágicas. O programa de ligadura por endoscopia incluía sessões a cada 3 semanas até erradicação, com controles semestrais e anuais após. RESULTADOS: 22 crianças eram portadoras de hipertensão portal intra-hepática e 13 portadoras de obstrução extra-hepática da veia porta. O número médio de bandas elásticas colocadas no primeiro procedimento foi de 2,7 ± 1,1 para pacientes com hipertensão portal de causa intra-hepática e 3,7 ± 1,2 no grupo de obstrução extra-hepática. Em 24 das 35 crianças se obteve erradicação das varizes esofágicas. O tempo médio de erradicação foi de 8,6 semanas. Varizes gástricas foram diagnosticadas em 65% dos pacientes na primeira endoscopia e em igual proporção nas endoscopias após ligadura elástica. A frequência de gastropatia hipertensiva aumentou de 37% para 68%. Após erradicação, houve 4 casos de ressangramento digestivo alto, por varizes esofágicas e de cárdia. A recorrência de varizes esofágicas foi de 58% em um tempo médio de seguimento de 5 anos. CONCLUSÕES: Em pacientes pediátricos submetidos à ligadura elástica para profilaxia secundária, houve um aumento no número de casos de gastropatia hipertensiva, mas não de varizes gástricas. Após erradicação de varizes esofágicas, 16,7% apresentaram novo episódio de sangramento, embora nenhum deles fosse por varizes de fundo gástrico nem por gastropatia hipertensiva.

RN PREMATURO COM 4 EPISÓDIOS DE ENTEROCOLITE NECROSANTE: RELATO DE CASO

Paulo de Jesus Hartmann Nader, Augusta Luize Harff, Shana Segatto Vendruscolo, Alexandra Fantinel Dornelles, Ana Paula Boscato e Camila Borges Mosmann

Paciente feminina, nascida no dia 07/01/2011 de parto vaginal, bolsa íntegra, no Hospital Universitário de Canoas, apresentando: Apgar 7/8, 1275 g, 29 semanas, AIG. Permaneceu nesta instituição 135 dias, onde apresentou: septicemias com hemoculturas (HMC) positivas para Candida albicans e Pseudomonas aeruginosa; pielonefrite fúngica; enterocolite necrosante (EN) de repetição. Os episódios de EN: Episódio 1: 7 dias de vida. Rx de abdome com pneumoperitônio. Realizado laparotomia e ileostomia. Utilizado vancomicina e amicacina. Alimentada com leite materno e fórmula especial para prematuros. Episódio 2: 85 dias de vida. Rx de abdome com pneumatose, sem pneumoperitônio. HMC negativa. Utilizado vancomicina e amicacina, por 16 dias. Alimentada com hidrolisado proteico (HP). Episódio 3: 108 dias de vida. Rx abdome com pneumatose e pneumoperitônio à direita. HMC negativa. Utilizados vancomicina e meropenem por 10 dias. Alimentada com HP. Episódio 4: 134 dias de vida. Apresentou vômitos, distensão abdominal, hematêmese, equimoses, ânus protuso. Rx de abdome com pneumatose e pneumoperitônio. Utilizado vancomicina e meropenem. Alimentada com HP. A cirurgia pediátrica constatou abdome agudo, sem condições clínicas para intervenção. Evoluiu para PCR sem resposta a manobras de reanimação, tendo como desfecho o óbito. REVISÃO DE LITERATURA: A EN é uma importante causa de morbimortalidade neonatal. Atinge com maior frequência os prematuros com peso inferior a 1.500g. Causada por invasão bacteriana na parede intestinal isquêmica, que leva a sintomas como: distensão abdominal, letargia, instabilidade térmica, enterorragia, sinais de peritonite e sepse. Considerada a emergência cirúrgica mais comum no período neonatal. Pode progredir para perfuração intestinal, a qual é tratada cirurgicamente em praticamente todos os pacientes. No raio-x é frequentemente associada com presença de pneumoperitônio. O tratamento consiste em suspender a alimentação oral e administrar antibióticos de largo espectro. Em estudos, o leite materno mostrou maior correlação com menor tempo de nutrição parenteral. Sabe-se que prematuros alimentados com leite de vaca apresentam um risco seis vezes maior de desenvolver EN em relação aos que se alimentam somente com leite materno, sendo este de importante papel na prevenção e no tratamento desta patologia. A presença de alterações anatômicas e imunológicas neste prematuro pode ter sido o motivo de um número elevado de episódios de EN.

SOBREVIDA DO FÍGADO NATIVO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS APÓS PRIMEIRO EPISÓDIO DE INFECÇÃO DA ASCITE

Melina Ultz Melere, Melina Petry Souza, Carlos Oscar Kieling, Cristina Helena Targa Ferreira, Jorge Luiz Dos Santos, Sandra Maria Gonçalves Vieira

INTRODUÇÃO: Pacientes cirróticos com ascite estão em risco de desenvolver infecção do líquido de ascite como a peritonite bacteriana espontânea e suas variantes. Sendo uma complicação

grave e frequente apresenta-se com um prognóstico bastante reservado podendo progredir para uma situação incapacitante. OBJETIVO: Avaliar a sobrevida do fígado nativo em pacientes pediátricos um ano após o primeiro episódio de infecção da ascite. Morte do paciente ou transplante hepático foram considerados perda do fígado nativo. MÉTODOS: Trata-se de um estudo retrospectivo, baseado na revisão dos prontuários de 22 pacientes internados no setor de Gastroenterologia do Serviço de Pediatria do Hospital de Clinicas de Porto Alegre (RS). Todos os pacientes eram cirróticos e apresentavam ascite. O critério de inclusão para revisão de cada caso foi o desenvolvimento do primeiro episódio de infecção de ascite. RESULTADOS: Foram estudados os 22 primeiros episódios de infecção do líquido de ascite. Treze dos 22 pacientes (59,1%) eram do sexo feminino e 91%, caucasianos. A mediana da idade foi de 1,0 anos (0,3-20 anos). A atresia de vias biliares foi a principal etiologia (14/22; 63,6%) observada. Vinte pacientes foram definidos como cirróticos graves (child-Pugh, classe C). Os sinais e sintomas clínicos como febre e ascite volumosa estiveram presentes em 10 pacientes. A cultura do líquido de ascite foi positiva em 13/22 (59%), sendo Escherichia Coli (E.Coli) a bactéria mais prevalente. A sobrevida do fígado nativo foi de 68%, 29%, 25% e 10%, no período de 1, 3, 6 e 12 meses após o primeiro episódio de peritonite bacteriana espontânea (PBE), respectivamente. O transplante hepático foi realizado em seis pacientes (27,2%). De todos pacientes cirróticos, apenas dois (9,09%) não foram transplantados e estiveram com seu fígado nativo até término do estudo. CONCLUSÃO: A sobrevida total do fígado nativo após um ano do primeiro episódio de infecção do líquido de ascite foi de 10% – dois pacientes de nosso grupo.

USE OF MULTISTIX REAGENT STRIP IN DIAGNOSIS OF ASCITES INFECTION IN CIRRHOTIC CHILDREN

Sandra Maria Gonçalves Vieira, Carlos Oscar Kieling, Ursula da Silveira Matte, Cristina Helena Targa Ferreira e Themis Reverbel da Silveira

AIM: To assess the utility of reagent strip for leukocyte esterase for the diagnosis of ascites infection in children with cirrhosis and ascites. METHODS: Eighteen consecutive cirrhotic patients (10 females; median of age: 0.6 y; range: 0.2 y – 16 y) were included, and a total of 41 paracentesis were performed. The underlying aetiology of cirrhosis was biliary atresia in 13, Cryptogenic Cirrhosis in 3 , Alagille Syndrome and Viral Hepatitis B, one each. The Child-Pugh Score was C in 14/18 (77.7%) and the median of PELD Score was 19.5 (range:2-38). Diagnostic abdominal paracentesis was performed on admission, and a Multistix(Bayer Pharma) reagent strip was immersed in one ascitic sample from each patient. Readings after 120 s were either negative (negative, +) or positive (++ or +++). All ascitic fluid samples were also analyzed using cytology, neutrophils count, appropriate biochemical tests and bacterial culture. RESULTS: There were 10 cases of spontaneous bacterial peritonitis (SBP), 1 cases of secondary bacterial peritonitis (SecBP), 2 cases of bacteriascites (BA) and 28 cases of culture negative non-neutrocytic ascites (CNNNA) by means of the classical criteria. The strip were positive in 10/10 cases of SBP, 1/1 case of SecBP,1/2 cases of BA and 1/28 cases of CNNNA. In addition, 7 paracentesis performed 48 h after the diagnoses of ascites infection were tested by reagent strip. This test was positive in 7/7 of these cases despite the improvement of PMN ascites count cell CONCLUSION: Leukocyte esterase reagent strips may provide a rapid bedside diagnosis of SBP and SecBP. Caution is recommended in cases of BA and in paracentesis controls.

TRANSPLANTE HEPÁTICO ISOLADO POR FIBROSE CÍSTICA: SETE ANOS DE SEGUIMENTO

Sandra Maria Gonçalves Vieira, Carlos Oscar Kieling, Cristina Helena Targa Ferreira, Elenara Fonseca Andrade Procianoy, Maria Lúcia Zamotelli, Themis Reverbel da Silveira, Antonio Fernado de Abreu e Silva e Paulo de Tarso Dalcin

OBJETIVO: Descrever as características e a evolução de 5 pacientes portadores de FC submetidos a TH isolado (acompanhamento de até 7 anos). PACIENTES E MÉTODOS: Estudo de coorte retrospectivo. RESULTADOS: O período de acompanhamento/paciente variou de 2,10- 6,9 anos. Todos caucasianos, 80% masculinos, média de idade=14 + 3,5 anos. Três pacientes (60%) Child-Pugh B. Hipertensão porta (HP) foi a indicação de TH em todos (3/5: episódios graves de sangramento digestivo (SD); 5/5: hiperesplenismo). Média de plaquetas pré-TH= 68000 + 43514. Co-morbidades pré-TH: 1/5: Hepatite B (portador assintomático); 1/5: Diabetes Mellitus 1(DM-1). Colonização pré-TH: B cepácea(1); P aeruginosa(4). Média de volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) pré-TH: 77,4 + 17,6% do previsto. Enxertos: cadavéricos (4), doador vivo (1). Imunossupressão: corticosteroides e tacrolimus (corticosteroide até o 6º mês, em todos). Complicações precoces (até 30 dias): ascite (3/5), insuficiência renal (4/5), hiperglicemia (5/5); hidrotórax hepático (1/5). Complicações tardias: rejeição aguda (2/5), obstrução vascular (1/5), obstrução biliar (1/5), tuberculose (1), depressão (1). Três pacientes se mantiveram com função renal alterada. DM-1ocorreu em 3 pacientes. Não houve episódios de SD pós-TH e a média de plaquetas neste período foi de 126800 + 47540, sendo significativa a diferença entre os períodos (P=0,02). Colonização pós-TH: S. aureus resistente a meticilina (2). Média de VEF1 pós-TH= 48,4 + 26,6% do previsto, sendo significativa a diferença entre os períodos (P=0,0004). Houve 2 óbitos por causas pulmonares. CONCLUSÕES: A HP foi a indicação de TH em todos os pacientes. No período pós-TH, não houve episódio de SD e houve significativo incremento no número de plaquetas. Principais complicações observadas: DM-1 e declínio da função pulmonar.

INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA

A IMPORTÂNCIA DA ORIENTAÇÃO MÉDICA NA PREVENÇÃO DA TOXOPLASMOSE CONGÊNITA: RELATO DE CASO

Laura Marmitt, Ana Beatriz Ramos Wasniewski, Fernanda Mariani Cocolichio e Eleonor Gastal Lago

INTRODUÇÃO: A toxoplasmose congênita ocorre após infecção materna durante a gestação, podendo eventualmente resultar de reativação da infecção latente em mulheres imunodeprimidas. O objetivo principal do rastreamento pré-natal para a toxoplasmose é a identificação de gestantes suscetíveis à infecção aguda, possibilitando ações de prevenção primária a fim de evitar danos ao feto. OBJETIVO: Reconhecer a importância de uma orientação médica adequada às gestantes não imunes contra toxoplasmose para a prevenção da doença congênita e suas sequelas. RELATO DE CASO: Paciente masculino, nasceu por parto normal em Porto Alegre, RS, IG: 40+3, apgar 8/9, peso 3.365g. Apresentava petéquias difusas (face, membros inferiores, abdômen e dorso), esplenomegalia e microcefalia, sendo internado na UTI neonatal. Em avaliação diagnóstica, paciente apresentou sorologia positiva para infecção aguda por toxoplasma. Apresentava calcificações intracranianas esparsas com sinais de hemorragia, além de lesão oftalmológica em mácula bilateralmente. Foi iniciado tratamento

no sétimo dia de vida. Mãe realizou pré-natal adequado (8 consultas) com todas sorologias negativas em 1º trimestre de gestação. Relata não ter recebido nenhuma instrução sobre prevenção da toxoplasmose. DISCUSSÃO: O Rio Grande do Sul é um dos lugares com maiores índices de Toxoplasmose no mundo, evidenciando a necessidade de manter a população informada sobre o assunto. A prevenção primária da toxoplasmose congênita consiste em evitar a contaminação pelo Toxoplasma gondii durante a gestação. É importante que as pessoas desmitifiquem o gato como o único meio passível de adquirir a doença, compreendendo que há muitas outras maneiras de contágio. As principais formas de prevenção são a lavagem das mãos ao manipular alimentos, lavagem adequada de frutas e verduras, ingestão de carnes bem cozidas evitando embutidos, uso de luvas ao manipular terra, evitar contato com gatos, entre outras. Estudos mostram que a orientação médica é a forma mais efetiva de obter a aderência das pacientes a essas medidas de prevenção. CONCLUSÃO: Conclui-se que, diante de uma gestante com exame sorológico negativo para toxoplasmose, especialmente em áreas de alta prevalência, torna-se mandatório o médico abordar as formas de prevenção da doença. É importante instruir adequadamente a paciente acerca dos riscos da contaminação intraútero, a fim de obter uma boa aderência às medidas preventivas, evitando, assim, possíveis sequelas ao recém-nascido.

DOENÇA DE KAWASAKI E MONONUCLEOSE INFECCIOSA: RELATO DE CASO

Vanessa Valesan

INTRODUÇÃO: A Doença de Kawasaki (DK) é uma vasculite aguda multissistêmica que acomete principalmente crianças pequenas, com pico de incidência entre os 9 e 11 meses de idade. A Mononucleose Infecciosa, mais conhecida como Síndrome do Vírus Epstein-Barr, é mais prevalente em crianças maiores e adolescentes. RELATO DO CASO: Menina de 6 anos de idade, previamente hígida, com história de febre e sintomas gripais consultou no Posto de Saúde do seu município, recebendo diagnóstico de infecção de vias aéreas superiores. Após iniciar o uso de medicação sintomática apresentou rash eritematoso localizado na face e tronco. Persistiu com febre e aumento das lesões exantemáticas, necessitando de internação hospitalar. A criança evoluiu com piora do exantema e aparecimento de lesões na mucosa oral e conjuntivas e edema nas articulações. Durante a internação apresentou episódio de hipotensão arterial, recebendo reposição volumétrica. Transferida para UTI pediátrica, após piora do quadro clínico, realizou exames laboratoriais que mostravam leucocitose importante, com desvio à esquerda e aumento de marcadores inflamatórios. Investigação para exantema macular purpúrico foi iniciada. No segundo dia de internação na UTI pediátrica, apresentava-se ao exame clínico em regular estado geral, prostrada, edemaciada, estável hemodinamicamente e linfonodomegalia em região cervical. Além do exantema eritemato-purpúrico generalizado, havia descamação em dedos das mãos e dos pés, secreção em olho esquerdo, com leve hiperemia conjuntival bilateral, lesões descamativas em mucosa oral e hiperemia difusa na região da língua. Exame cardiológico e respiratório sem alterações. Baseado no quadro clínico, foi realizado o diagnóstico de Doença de Kawasaki. Solicitada avaliação cardiológica, a qual detectou no Ecocardiograma leve dilatação de coronárias, principalmente à direita. Iniciou tratamento com Gamaglobulina Humana, restrição hídrica, diurético de alça e ácido acetilsalicílico em altas doses. Após melhora do quadro clínico, antes da alta hospitalar, confirmou-se o diagnóstico de Mononucleose Infecciosa, com sorologia positiva. Segue em acompanhamento ambulatorial. CONCLUSÃO: A etiologia da Doença de Kawasaki permanece desconhecida até o momento, porém, há uma provável associação a um agente infeccioso. Esse caso mostra os achados clínicos típicos da DK associados à Mononucleose Infecciosa.

GRIPE PNEUMÓNICA A (H1N1) DE 1918 EM PORTUGAL CONTINENTAL: LIÇÕES DO PASSADO, ALERTAS NO PRESENTE E NO FUTURO

João José Cúcio Frada

INTRODUÇÃO: Grassando em Portugal, entre finais de maio e os últimos dias de novembro de 1918, esta gripe provoca uma autêntica razia demográfica. OBJETIVO: Para o estudo desta pandemia e do seu impacto, em particular sobre a população pediátrica, a par do levantamento da mortalidade gripal, definimos diversos fatores: densidade demográfica, imunidade em anos precedentes, litoralidade e interioridade, mortalidade infantil, taxas de analfabetismo, mortalidade por doença desconhecida, enterite e tuberculose, enquanto objetivos de investigação. MÉTODOS: Correlação estatística; A. F.C. RESULTADOS: Segundo os nossos cálculos, esta gripe causou 60.474 mortos. Avaliando o peso da relação e influência daqueles múltiplos fatores sobre a mort. gripal, concluímos que, à exceção da mort. por enter e tuberc, nenhum dos outros assume significado relevante para a compreensão dessa frequência, distribuição e ocorrência. Taxas elevadas de mort. por gripe, enter e tuberc aparecem sempre associadas, predominantemente, nos grupos etários dos 0-11meses;12-23m; 2-4anos; 20-29a; 30-39a; 40-49a e 50-59a. Independentemente do sexo, as taxas mais elevadas de mort/Enter associam-se sempre aos grupos etários dos 0-11m (5,81%) e 12-23m (3,75%). No 3º lugar da tabela, situa-se o grupo dos 2-4a (0,77%). Quanto a mort/Tuberc, depois do grupo dos 20-29a, com a taxa mais elevada (0,27%), situam-se os grupos dos 30-39a (0,24%); 40-49a (0,21%); 50-59a (0,15%) e 12-23m (0,14%). Na tabela de mort/Gripe, o grupo mais atingido é o dos 12-23m (2,20%). Em 2º lugar, situa-se o grupo dos 30-39a (1,67%), seguido muito de perto, em 3º lugar, pelo grupo dos 0-11m (1,64%). Em 4º lugar, o grupo dos 20-29a (1,55%). CONCLUSÕES: As taxas mais elevadas de mort. gripal centram-se exatamente nos mesmos grupos etários onde se verificam os maiores índices de mort. por enterite e tuberculose. Isto nos leva a concluir que estes últimos fatores terão favorecido a mort.pandêmica. Sabendo que as crianças dos 11-23m, de um modo geral, não se beneficiam da proteção imunitária conferida pelo leite materno, levando ainda em conta o baixo índice higiênico-sanitário das famílias onde residem (conforme se depreende pela elevada taxa de mort/enter, no mesmo grupo etário), bem como a alimentação precária a que têm acesso (a elevada taxa de mort/tuberc. em adultos e crianças é a prova disso), concluímos que tais fatores não são alheios à ocorrência e distribuição da mort.gripal entre a população pediátrica.

LEISHMANIOSE VISCERAL: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Ângela de Moura, Larissa Durães Franco de Oliveira e Sônia Domingues Lueska

INTRODUÇÃO: Com a expansão da área de abrangência e o aumento significativo do número de casos, a leishmaniose visceral, dentre as doenças tropicais, é hoje importante problema de saúde pública no Brasil. O diagnóstico clínico é complexo, pois muitos pacientes são assintomáticos, e os sinais e sintomas podem ser comuns a outras patologias nas áreas onde incide a leishmaniose. A manifestação clínica mais comum é a síndrome conhecida por Kalazar e seu período de incubação pode variar de semanas a anos. O diagnóstico necessita de testagem laboratorial específica, e o diagnóstico definitivo requer a demonstração do parasita, que pode ser feita em material de biópsia ou punção aspirativa do baço, fígado, medula óssea ou linfonodos. RELATO DE CASO: Nosso objetivo é relatar o caso de uma criança de 6 anos, procedente de zona rural do Pará, com hepatoesplenomegalia, dor abdominal,

desnutrição e linfonodomegalia generalizada em investigação há 2 anos, com tratamentos prévios para toxoplasmose e tuberculose, porém, sem diagnóstico definido. Durante os três meses de internação em hospital terciário de Porto Alegre, foram realizadas sorologias para diversas doenças infecciosas, incluindo leishmaniose, sendo todas negativas. Biópsias de medula óssea e linfonodo inguinal não evidenciaram a presença do parasita nem apontaram para outra etiologia que explicasse o quadro clínico. Realizada tomografia de abdome, com evidência de linfonodomegalias retroperitoneais e mesentéricas, além da hepatoesplenomegalia. O diagnóstico neste caso foi presuntivo. Baseou-se na associação dos dados clínicos, epidemiológicos e achado de hepatopatia reacional com fibrose perivenular e perisinusoidal difusa em biópsia hepática, sugestivos de leishmaniose visceral. Após iniciado tratamento com anfotericina B, a criança apresentou boa resposta clínica, melhora da dor abdominal, redução da circunferência abdominal e medida do baço. CONCLUSÃO: Este caso demonstra a importância do diagnóstico, mesmo na ausência do parasita, para assim orientar tratamento adequado, uma vez que a leishmaniose pode assumir formas graves e letais quando associada a quadro de desnutrição e infecção concomitante.

PARASITOSES INTESTINAIS EM CRIANÇAS DE UM BAIRRO DE UM CENTRO URBANO AO SUL DO BRASIL

Vanessa Adriana Scheeffer e Cristiano do Amaral de Leon

INTRODUÇÃO: A presença de parasitos intestinais pode trazer sérias repercussões sistêmicas. Na população pediátrica, os danos tendem a ser ainda mais graves. Devido a sua importância para a saúde pública, o presente estudo visa a descrever a prevalência de parasitoses intestinais e o perfil epidemiológico de 200 crianças de 12 a 83 meses de idade, residentes de um bairro emergente de um centro urbano ao sul do Brasil. MÉTODOS: Foi realizada pesquisa de campo, com preenchimento de questionário composto por oito questões relevantes ao tema estudado, pesagem das crianças e solicitação para realização do exame parasitológico de fezes. Os dados foram coletados no período de março de 2010 a março de 2011 e o teste de Fisher foi utilizado para a análise dos dados. RESULTADOS: Cinquenta e seis crianças realizaram o exame, sendo encontrada, dentre essas, uma prevalência de 16,1% de monoparasitismo e 1,8% de poliparasitismo. O parasita com maior positividade dentre os exames realizados foi Giardia lamblia. Não foram encontradas associações significativas entre o perfil epidemiológico da população estudada e os resultados obtidos pelo exame coprológico. CONCLUSÃO: A prevalência de parasitismo encontrada se assemelha à esperada para a população, mas é inferior a de outros estudos brasileiros. Os parasitas encontrados demonstram as precárias condições de higiene da região, sendo que fatores pessoais devem ser mais determinantes que os ambientais para a disseminação dos parasitos nesta população. O alcance da amostra alvo é essencial para correlacionar os fatores de risco desta população com a positividade de parasitose intestinal.

TOXOPLASMOSE EM RECÉM-NASCIDOS

Silvana Moura, Daiana Paz, Grasiele Mello, Karen Miotto e Gabriela Grossi

INTRODUÇÃO: A toxoplasmose é uma zoonose adquirida de numerosas espécies animais, mas tem como hospedeiro definitivo o gato. Tem ampla distribuição geográfica e a transmissão congênita pode ocorrer quando a mulher adquire a primoinfecção durante a gestação. Destes casos, 90% são assintomáticos. O parasita atinge o concepto por via transplacentária. A infecção fetal pode ser atenuada, ou prevenida, quando há tratamento materno após um diagnóstico precoce. OBJETIVOS: Descrever os danos causados pela toxoplasmose no recém-nascido e a importância do diagnóstico precoce. MÉTODOS: Revisão de literatura de banco de dados do Scielo e PubMed. Descritores: toxoplasmose, transmissão vertical, gravidade. DISCUSSÃO: A incidência da infecção depende dos hábitos alimentares, do contato com animais portadores da doença e das condições climáticas. O diagnóstico da infecção durante a gestação é importante pela gravidade das lesões. É uma das mais danosas doenças para o feto, particularmente quando a gestante adquire a infecção nos dois primeiros trimestres da gravidez. Por outro lado, a gravidade das lesões é tanto maior quanto mais precoce durante a gestação. Tem como tétrade clássica a retinocoroidite, hidrocefalia, microcefalia e calcificações intracranianas. É uma das poucas infecções que possibilita diagnóstico, prevenção e tratamento na fase pré-natal. Se a mulher está com a doença ativa, o primeiro passo é evitar que ocorra a transmissão para o feto. Para isto, a espiramicina é iniciada, independentemente da idade gestacional, e deve ser mantida até a pesquisa da infecção fetal. Depois, é preciso verificar se o feto foi ou não infectado, o que implica a coleta de material do líquido amniótico por punção para pesquisar a presença de componentes do parasita. Se o feto não foi infectado, a espiramicina deve ser mantida até o final da gravidez para que o risco seja diminuído. Se houve a contaminação, deve-se iniciar o tratamento com Sufadiazina, Pirimetamina e Ácido Folínico. Este esquema deve ser alternado com o de espiramicina isoladamente, a cada 04 semanas. CONCLUSÕES: O diagnóstico precoce de toxoplasmose na gestante é de suma importância para o rápido manejo, evitando graves danos para o recém-nascido. Para isso, são usados o teste de avidez de IgG, PCR em fluidos e, em tecidos, o exame de Western Blot.

TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV EM GESTAÇÃO GEMELAR

Nildo Eli M. D'Avila, Ana Cândida C. P. Ferreira e Luiz Fernando Tavares

INTRODUÇÃO: Apresentamos um caso de gestação gemelar dizigótica em mãe soropositiva para o HIV, no ano de 2003, sem tratamento antirretroviral durante a gestação, no qual a transmissão vertical ocorreu apenas para o segundo gemelar. OBJETIVO: Analisar os fatores que influenciam na transmissão materno-fetal do Vírus da Imunodeficiência Humana e revisar a literatura sobre o tema. COMENTÁRIOS: De acordo com a maioria das publicações sobre o tema, fica evidente a importância da via de parto e da ordem de nascimento como principais fatores determinantes para a transmissão vertical discordante entre gemelares. Entretanto, em nosso relato, encontramos como determinantes os fatores relacionados à presença de receptores para o HIV nas células da placenta e/ou do feto. Gestações gemelares permitem uma avaliação sólida sobre a influência de cada fator envolvido na transmissão vertical do HIV, sendo grande sua importância como alvo de estudos.

NEFROLOGIA PEDIÁTRICA

SÍNDROME NEFRÓTICA CONGÊNITA: RELATO DE CASO

Juliana Talita Goes, Fátima Cleonice de Souza e Claus Dieter Dummer

INTRODUÇÃO: Síndrome nefrótica congênita (SNC) é uma rara desordem renal caracterizada por intensa proteinúria, hipoalbu-

minemia, dislipidemia e edema generalizado. Diagnosticada logo após o nascimento, até três meses de idade, sendo a proteinúria grave (> 2g/m2/dia) o achado essencial para o diagnóstico. Sua etiologia está relacionada a mutações genéticas de proteínas como a nefrina, laminina e podocina, presentes na estrutura do podócito e da membrana basal glomerular. A sífilis congênita, toxoplasmose, hepatite B, HIV, rubéola e citomegalovirus, são causas secundárias de SNC. Pode levar a insuficiência renal e ao óbito. OBJETIVO: Relatar caso de SNC com o intuito de expandir o conhecimento desta patologia. RELATO DO CASO: RN, masculino, a termo, pesando 1.890g e apgar 6/9. Mãe 16 anos, primigesta, pré-natal sem intercorrências, sorologias negativas, porém com uso frequente de paracetamol por odontalgia. Admitido na UTI em grave estado geral, apresentando gastrosquise, edema cervical e palpebral importante. Realizou correção de gastrosquise em dois tempos cirúrgicos, evoluiu com piora clinica, instabilidade cardiorrespiratória e anasarca. Exames iniciais mostraram proteinúria elevada,com índice proteinúria/creatinúria (IPC) de 2.9, hipoalbuminemia (2.2 mg/dl), dislipidemia (colesterol total 251 mg/dl), sugerindo quadro nefrótico. Submetido a ventilação mecânica e apesar da infusão de antibióticos, albumina, plasma e diuréticos, persistiu com anasarca. Descartado infecção congênita. A ecografia mostrou derrame pleural, ascite e rins com aumento da ecogenicidade. Implementou-se suporte nutricional, terapia com corticoide e inibidores da enzima conversora de angiotensina, porém, seguiu com edema generalizado, evoluindo com piora laboratorial (IPC 3,38). Estabelecido o diagnóstico de SNC, refrataria ao tratamento. Paciente seguiu com piora clínica, evoluindo para óbito com 51 dias de vida. CONCLUSÃO: A SNC é uma enfermidade de difícil manejo terapêutico. Nos últimos anos, houve um melhor entendimento de das bases moleculares e genéticas da SNC. Ênfase ao emprego de medicamentos antiproteinúricos e suporte nutricional são fundamentais, possibilitando postergar o início do tratamento dialítico ou transplante renal. O déficit de desenvolvimento e as infecções bacterianas são complicações frequentes. A possibilidade de nefrectomia unilateral deve ser considerada na tentativa de reduzir a proteinúria.

NEONATOLOGIA

APLASIA CUTÂNEA CONGÊNITA

Adriana Souza dos Santos, Caroline Souza Sônego, Raquel Dutra Furtado, Patricia Parada Freitas e Nalú Costa

INTRODUÇÃO: A aplasia cutânea congênita é um defeito raro, caracterizado por lesões que vão da ausência da epiderme e derme até a falta de tecido subcutâneo e estruturas ósseas. Ocorre na proporção de 1:10.000 nascimentos. É de etiologia desconhecida, mas sua ocorrência tem sido associada a anormalidades vasculares intrauterinas, aderência amniótica, infecções virais, fatores hereditários e teratogenia. Ocorre isoladamente ou associada a outras malformações. RELATO DE CASO: RN único, vivo, feminino, nascido de parto normal em 20/02/2011, cefálico, peso ao nascimento 2.615g, 36 semanas de gestação. Sem história familiar de malformações. Mãe nega ter feito uso de medicamentos durante a gestação. Ao nascimento, apresentava solução de continuidade em MIE recoberta por fina membrana. Em coluna lombar apresentava sinus dérmico. À ausculta cardíaca, verificou-se presença de sopro sistólico. A paciente foi avaliada por neurologista e traumatologista, sendo submetida a exames de imagem e laboratoriais a fim de identificar outras possíveis anormalidades. Ao realizar ecocardiograma evidenciou-se forame oval patente, justificando o sopro cardíaco. Dia 21/02/2011 foi submetida a procedimento cirúrgico que visou à correção da lesão de MIE com aproximação das bordas e exérese do sinus dérmico junto à dura-máter. No pós-operatório, foi realizada profilaxia com ampicilina 300mg/Kg/dia de 12/12h e gentamicina 4 mg/kg/dia 24/24 h por 10 dias. Paciente evoluiu sem complicações. Recebeu alta hospitalar ao término da antibioticoterapia, sendo encaminhada para acompanhamento ambulatorial. DISCUSSÃO: A aplasia cutânea congênita apresenta-se mais frequentemente como lesão aplásica em couro cabeludo, na linha média, podendo haver ausência de dura-máter. O diagnóstico é predominantemente clínico pela presença de lesão ulcerada característica ou pela presença de lesão cicatricial atrófica com ausência de anexos cutâneos. Pode manifestar-se como lesões únicas ou múltiplas, geralmente com acometimento de pequenas áreas. O tratamento pode ser conservador, visto que a maioria das lesões fecham espontaneamente, se não forem muito extensas. O tratamento cirúrgico é reservado para casos mais graves nos quais podem ocorrer deformidades e comprometimento funcional.

EFEITOS DO USO MATERNO DA PRINCIPAL CLASSE DE ANTIDEPRESSIVOS SOBRE O FETO E O RECÉM- NASCIDO

Ilson Enk, Flavia Lopes Enk, Korine Camargo de Oliveira, Mauricio Rizzi Macagnan, Pedro Henrique Lopes e Bruno Eltz da Silva

INTRODUÇÃO: A depressão constitui a principal doença psiquiátrica da população, associada a morbidade e impacto social preocupantes. O sexo feminino é mais predisposto a quadros depressivos, sendo que na gravidez e puerpério imediato, este diagnóstico atinge cerca de 10% das mulheres. Todos os medicamentos administrados a uma grávida exigem rigorosa avaliação de riscos para o feto. A avaliação da segurança no seu uso na gestação é importante, porém, não se pode desconhecer que transtornos psiquiátricos não tratados, especialmente depressivos, são relacionados a maior mortalidade materna e riscos de abortamentos, pré-eclâmpsia e prematuridade. A classe de antidepressivos mais prescrita para depressões moderadas e graves de gestantes é a dos inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS), sendo fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina e venlafaxina seus principais representantes. OBJETIVOS: Revisar os principais efeitos teratogênicos dos ISRS. Apontar complicações neonatais pelo uso do antidepressivo no terceiro trimestre de gestação. Mencionar possíveis repercussões futuras neurodesenvolvimentais atribuídas ao uso de drogas psicotrópicas na gestação. MÉTODOS: Realizada uma revisão de literatura, através do PubMed, RIMA e outros sítios de pesquisa médica. RESULTADOS: Os ISRS são relacionados, sem consenso de literatura, com: malformações, especialmente defeitos septais cardíacos, prematuridade, baixo peso ao nascer, mortalidade do concepto, asfixia perinatal e mais admissões em UTI Neonatal. Síndrome comportamental neonatal e hipertensão pulmonar persistente do RN são complicações neonatais descritas em algumas publicações, resultantes do uso das medicações no terceiro trimestre de gestação. Meta-análise recente relatou maior incidência de abortamento espontâneo em mães que receberam ISRS no início da gestação. O trabalho não encontrou risco aumentado para malformações no concepto. Não há registro de mortes neonatais atribuídas ao uso materno destes antidepressivos nem prejuízos neurocomportamentais. CONCLUSÕES: Sabendo que são bem conhecidas as complicações dos transtornos depressivos não tratados da gestação, tanto para a mãe como para o feto e o neonato, a decisão do uso dos ISRS pode ser mandatória. A escolha do fármaco e a duração do tratamento devem ser avaliadas, tendo em vista os possíveis efeitos teratogênicos, os desfechos neonatais não desejados e efeitos neurodesenvolvimentais, ainda que não definitivamente comprovados.

MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS NO SUL DO BRASIL: ESTUDO DE CASO-CONTROLE EM CENTRO DE REFERÊNCIA

Laura Teixeira Canti, Malu Viter da Rosa Barbosa, Maitê B. Jotz, Lucia Pellanda e Liana Lisboa Fernandez

INTRODUÇÃO: As anomalias congênitas são umas das principais causas de morbimortalidade infantil, acometem cerca de 3 a 5% dos neonatos no mundo. Nosso objetivo é identificar a incidência e fatores associados às malformações congênitas (MFC) em recém-nascidos na maternidade do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre. MÉTODOS: Estudo do tipo caso-controle retrospectivo. Os dados utilizados foram obtidos entre janeiro de 2004 e dezembro de 2006, a partir do banco de dados do Estudo Colaborativo Latino-Americano de Malformações Congênitas (ECLAMC). RESULTADOS: Dos 10.360 nascimentos registrados nesse período, o percentual de malformados foi de 3,3%. Entre as malformações, 24,1% eram de face e pescoço, 20,8% de membros, 14,9% feto morto,11,5% de tórax e abdome, 8,4% de SNC, 7,8% de pele, 6,4% de trato genitourinário, 4% de síndromes cromossômicas, 2% outras malformações. As variáveis peso ao nascimento, peso placentário, idade gestacional e história familiar de malformações apresentaram associação significativa com malformações ($p < 0,001$). Constatou-se, ainda, uma maior frequência de sangramento gestacional nos casos do que nos controles ($p = 0,017$). Idades materna e paterna demonstraram valores limítrofes ($p = 0,074$ e $0,0569$, respectivamente). Os demais fatores (número de gestações, número de abortos prévios, gemelaridade e consanguinidade na família) não apresentaram associação significativa. CONCLUSÃO: O conhecimento sobre os fatores locais é fundamental para o planejamento adequado do atendimento ao recém-nascido, principalmente considerando o fato de que o Rio Grande do Sul tem a menor mortalidade infantil do Brasil. Nestes casos, cresce o impacto de medidas direcionadas ao atendimento de MFC.

RELATO DE CASO: ENCEFALOPATA HIPÓXICO-ISQUÊMICA INTRAÚTERO

Fabiani Waechter Renner, Cristiano Firpo Freire, Rafael Luiz Doncatto e Vilmar Fontanive Júnior

INTRODUÇÃO: A lesão cerebral hipóxico-isquêmica é a consequência mais importante da asfixia perinatal. A asfixia a termo quase sempre é evento intrauterino e ocorre hipóxia e isquemia juntas, e o resultado é a encefalopatia hipóxico isquêmica (EHI). O insulto isquêmico age sobre um SNC imaturo e manifesta sinais clínicos de disfunção cerebral. RELATO DE CASO: A.K.M., 1 ano, B,M, parto cesáreo, 39 semanas, mãe com história de diabetes gestacional nas ultimas 3 semanas de gestação e ITU nas últimas 72 horas com tratamento. Peso de nascimento: 5.015kg, altura 51cm, GIG, PC: 36cm, apgar 8/8, líquido amniótico meconial. Aspirado em sala de parto, exame físico normal, adotadas condutas de rotina e exames. Foi admitido em UTI neonatal para monitoração e por apresentar gemência após o nascimento. Realizado RX de tórax que evidenciou focos de consolidação bilaterais sugestivos de aspiração meconial. Foi instaurada terapia para sepse neonatal precoce com ampicilina + gentamicina por 10 dias. No decorrer da internação ocorreram pausas respiratórias com queda de saturação, e no 10º dia de internação foi solicitada avaliação neurológica por iniciar com episódios de nistagmo. Foram solicitadas sorologias e avaliação neurológica. As sorologias foram negativas, e o EEG evidenciou atividade de base de baixa amplitude e pouco reativo, com surtos breves de ondas theta lateralizadas na região frontal direita que pode corresponder à atividade irritativa. Realizada TC de crânio com extensas áreas hipodensas bitemporais sugestivas de lesão hipóxico-isquemica com algumas áreas de leucomalácia. Iniciou terapia com Topiramato e Fenobarbital, recebendo alta. DISCUSSÃO: No período fetal, um déficit de oxigenação desencadeia um mecanismo anaeróbio que transforma a glicose em ácido pirúvico; se continuar o déficit de oxigenação, as moléculas se transformarão em ácido láctico e diversos outros eventos metabólicos precipitarão reações de defesa que, se não revertidas, representarão novas fontes de lesões. A leucomalácia encontrada na TC representa uma necrose da substância branca periventricular, ocorrendo próximo aos ângulos externos dos ventrículos laterais, envolve o centro semioval e as radiações acústicas, na fronteira dos territórios superficiais e profundos das artérias cerebrais médias. A RM demonstra-se como um exame de maior sensibilidade para detecção de lesões em comparação com o ultrassom.

TRIAGEM NEONATAL NO PERÍODO PRECONIZADO: EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE PORTO ALEGRE

Vanessa Devens Trindade, Luís Felipe Pedroso Lopes, Francine de Bem e Canto, Thaiane Terra Siqueira, Gisele De Césaro Schafirowitz e Guilherme Coelho Dantas

INTRODUÇÃO: O teste do pezinho é um exame de extrema importância em saúde pública, pois diagnostica precocemente doenças que podem levar a sequelas irreversíveis. Buscamos avaliar o número de testes e se estes foram realizados no período correto em uma Unidade de Saúde da Família (USF). OBJETIVOS: Avaliar o número de testes e o período em que foram realizados nos recém-nascidos acompanhados por uma USF em 2010. Buscou-se também identificar se havia relação entre um teste colhido tardiamente e o número de consultas realizadas pelas mães no pré-natal. MÉTODOS: Estudo retrospectivo. A equipe registra todas as gestantes que realizam o pré-natal no serviço assim como são catalogados todos os dados dos bebês submetidos ao exame de triagem neonatal. Os dados foram retirados destes registros. RESULTADOS: No ano de 2010, foram realizados 52 testes do pezinho na USF. Destes, 32 (61,5%) foram coletados no período preconizado (do 3º ao 7º dia de vida) e 20 (38,4%) após. Dos 52 recém nascidos, 37 (71,1%) mães haviam realizado o pré-natal nesta unidade. Destas, 24 levaram os bebês no período adequado, sendo que 15 delas realizaram o mínimo de 6 consultas de pré-natal (63%) e das 13 mães que atrasaram a coleta do teste, apenas 3 haviam realizado o número preconizado de consultas de pré natal (23%). DISCUSSÃO: O Programa Nacional de Triagem Neonatal realiza, desde 2001, um rastreio das seguintes patologias: fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, fibrose cística, anemia falciforme e outras hemoglobinopatias. A importância da realização do teste nos primeiros dias de vida consiste em evitar os possíveis desfechos desfavoráveis das doenças que ele rastreia. A partir dos resultados encontrados foi possível concluir que aproximadamente 40 % dos testes foram coletados após o período preconizado. Além deste dado, apenas 23% das mães que atrasaram a coleta do teste de seus filhos possuíam um pré-natal completo. Estes dados sugerem que um pré-natal inadequado pode dificultar a adesão das mães no teste do pezinho e também diminuir o número de oportunidades de abordar estes temas com as mães. CONCLUSÃO: Este estudo reforça a preocupação da Equipe em melhorar a qualidade do pré-natal, assim como diversificar a abordagem para que as mães venham a melhorar a aderência às orientações recebidas.

NEUROLOGIA PEDIÁTRICA

DISTÚRBIOS DO SONO EM CRIANÇAS COM EPILEPSIA

Bruna Finato Baggio, Diego Ustárroz Cantali e Rodolfo Alex Teles

INTRODUÇÃO: A prevalência de distúrbios do sono em crianças com epilepsia é sub-reconhecida. Em geral, crianças com epilepsia vivenciam alterações no total de sono, a arquitetura do sono, latência do sono e despertares espontâneos, com uma maior incidência de fragmentação do sono, sonolência diurna. OBJETIVOS: O objetivo deste estudo é realizar breve atualização sobre a relação entre distúrbios do sono em crianças com epilepsia. MÉTODOS: O texto foi baseado em artigos e livros clássicos da literatura e em pesquisa na Medline e PubMed (publicações entre os anos 2002 e 2010), utilizando os descritores: sleep disorders, children, epilepsy. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Distúrbios do sono são queixas frequentes em pacientes com epilepsia. A gravidade da síndrome epiléptica e o grau de comprometimento neurológico prévio podem estar associados a alterações na arquitetura do sono de pacientes com epilepsia. Crianças com epilepsia têm uma incidência aumentada de alterações nos hábitos de sono em comparação com crianças sem epilepsia. Além disso, ataques noturnos, politerapia, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, epilepsia refratária e convulsões generalizadas são associados com maus hábitos de sono. Estudos dos distúrbios do sono em crianças com epilepsia são escassos, no entanto, esta população é considerada por obter a maior incidência de associação entre essas duas comorbidades. CONCLUSÃO: Epilepsia e distúrbios do sono influenciam um ao outro. Tanto um quanto o outro causam prejuízos na vida das crianças. O questionamento sobre distúrbios do sono em crianças com epilepsia deve fazer parte da rotina pediátrica. É importante o correto diagnóstico e o tratamento dessas duas patologias, visando melhor qualidade de vida para os pacientes e familiares.

ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSÍVEL: RELATO DE CASO

Maigrei Dani Ferrari e Margareth Rodrigues Salerno

INTRODUÇÃO: A encefalopatia posterior reversível é uma síndrome aguda de diversas causas. A maioria dos pacientes apresenta elevação acentuada dos níveis tensionais. Os sintomas são progressivos e compreendem cefaleia, diminuição do nível de consciência, crises convulsivas e distúrbios visuais. A sintomatologia regride completamente se corrigidas, em tempo as causas determinantes, caso contrário, podem instalar-se danos irreversíveis. Exames de imagem, como tomografia (TC) e ressonância nuclear magnética (RNM), contribuem para o diagnóstico. RELATO DE CASO: J.M.O., 5 anos, feminina. Interna na UTI pediátrica do Hospital São Lucas da PUCRS, por crise convulsiva prolongada e pico hipertensivo. Ao exame da chegada BEG, com movimentação e abertura ocular espontânea, emitindo sons inteligíveis, afebril, lesões impetiginosas em MMII e PA=180x120mmHg. Realizado anti-hipertensivo, coletados exames, iniciado oxacilina e realizada avaliação neurológica. Neurologia solicita EEG, TC de crânio, coletado líquor, todos os resultados sem alterações, paciente mantida em observação. Criança apresentou episódios de flutuação do sensório, reavaliado pela neurologia, que levanta hipótese diagnóstica de PRES (Síndrome da Encefalopatia Posterior Reversível) ou encefalite. Iniciado aciclovir empiricamente, coletado sorologias para STORCH (sem alterações), pesquisa de Herpes, Citomegalovírus e Epstein-Barr negativos no líquor. Realizado RNM de crânio que demonstrou edema de substância branca em região occipital, confirmando o diagnóstico de PRES. Paciente evolui bem, recebe alta hospitalar em BEG, assintomática, mantendo acompanhamento ambulatorial para definir etiologia do quadro clínico. RNM de controle, após 2 meses do quadro, sem alterações. DISCUSSÃO: A encefalopatia posterior reversível geralmente está associada a encefalopatia hipertensiva, eclâmpsia, neurotoxicidade, uso de ciclosporina-A, púrpura de Henoch-Shonlein, leucemia linfoblástica aguda, entre outras. A fisiopatologia é complexa, porém, sugere uma reação exagerada da autorregulação vascular cerebral, resultando em vasoespasmos reversíveis. A síndrome é marcada por cefaleia, alterações visuais, comportamentais e crises convulsivas, sendo os exames de imagem as grandes ferramentas para o auxílio diagnóstico.

ESPINHA BÍFIDA CONGÊNITA: PREVALÊNCIA E ÓBITOS EM PORTO ALEGRE

Grasiele Mello, Gabriela Grossi, Silvana Moura, Daiana Paz e Karen Miotto

INTRODUÇÃO: As malformações congênitas (MC) pesam de modo considerável nas estatísticas de morbidade e mortalidade perinatais. No Rio Grande do Sul, as MC são a segunda causa de morte em crianças com menos de um ano de vida, respondendo por cerca de 21% da mortalidade (1). A espinha bífida é uma MC em que há falha na fusão dos arcos das vértebras, tipicamente na região lombar. Esse defeito ocorre em consequência da associação de fatores genéticos e ambientais. Muitas causas têm sido propostas apontando esta relação, tais como deficiência de folato, diabetes materna, deficiência de zinco e ingestão de álcool durante os três primeiros meses de gravidez (2). MÉTODOS: Este é um estudo descritivo realizado a partir de análise dos dados sobre a prevalência de internações e óbitos por espinha bífida contidos na base de dados do site do Departamento de Informática do SUS – DATASUS (www.datasus.gov.br). Os dados foram retirados do painel "morbidade hospitalar do SUS, por local de internação". A população estudada foi a de pacientes menores de um ano de idade, nascidos na região metropolitana de Porto Alegre, durante o período de 1998 a 2007. RESULTADOS: Houve um total de 243 casos de espinha bífida registrados neste período. Destes, 120 eram do sexo masculino e 123 do sexo feminino. O total de óbitos foi de 13 casos (05 do sexo masculino e 08 do sexo feminino). DISCUSSÃO: A espinha bífida é uma patologia que representa uma alta incidência entre as malformações congênitas. Neste estudo houve um elevado numero de casos em relação ao período. A falta de planejamento pré-natal, cuidados durante o período gestacional, bem como fatores genéticos podem ser apontados como principais causas. Houve um predomínio da incidência no sexo feminino, que apontou, também, os casos de maior gravidade. A explicação para esse fenômeno tem sido associada ao fato de que, para o fechamento do tubo neural, o feto feminino necessita maior quantidade de gonadotrofina coriônica humana que o feto masculino e alguma deficiência da função deste hormônio pode aumentar o risco para esse tipo de malformação (3). CONCLUSÃO: Este estudo mostra altas taxas de EBC na população de Porto Alegre durante o período estudado. Isso pode dever-se às deficientes políticas de saúde voltadas aos cuidados de pré-natal.

ESTUDO DE CASO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TRANSTORNO DE HUMOR EM PACIENTE COM SÍNDROME DE HUNTER

Vinicius Costa da Rosa, Clarissa Gutierrez Carvalho, Socrates Salvador e Roberto Giugliani

OBJETIVO: Relatar o caso de um paciente com Síndrome de Hunter, com possível diagnóstico de Transtorno de Humor Bipolar, buscando mostrar comorbidades cognitivas em pacientes diagnosticados com MPS tipo II e a importância de um diagnóstico precoce para o devido tratamento de transtornos psiquiátricos. DESCRIÇÃO DO CASO: Paciente do sexo masculino, com 6 anos de idade, cor parda, natural e procedente de São Paulo. Segundo filho de pais sadios e não consanguíneos. Nasceu de parto normal em hospital, com marcos de desenvolvimento adequados até 1 ano, múltiplas internações nos primeiros anos de vida devido a quadros respiratórios infecciosos. Aos 3 anos, iniciada avaliação com geneticista do Hospital São Paulo, sendo firmado o diagnóstico de síndrome de Hunter com 4 anos. Em maio de 2010 veio para Porto Alegre para iniciar o tratamento com terapia de reposição enzimática no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Referida bastante agitação, inquietação e humor flutuante – o paciente alternava dias em que estava menos impulsivo e mais obediente com dias que estava bastante agressivo, agitado, com descontrole do apetite. Iniciado então tratamento com ácido valproico e risperidona, com melhor controle dos sintomas impulsivos e da agitação. COMENTÁRIO: O relato atual busca apresentar um diagnóstico diferencial em pacientes com Síndrome de Hunter, focando uma identificação precoce de possíveis comorbidades neurológicas. Há poucos estudos sobre transtornos do humor em doenças lisossomais, a maioria em adultos e adolescentes, e muitas vezes os sintomas são subtratados por serem atribuídos somente à doença de base. Evidenciando um transtorno de humor bipolar, houve a possibilidade de uma intervenção apropriada dentro das necessidades do paciente.

LEUCOMALÁCIA PERIVENTRICULAR E AS SEQUELAS NO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR

Ruth Ellen Blau Grimm, Suzanne Marie Blau Grimm, Liz Lopes Sombrio, Richard Khan e Márcia Menezes Gomes da Silva

INTRODUÇÃO: A Leucomalácia Periventricular é uma lesão de maior incidência em prematuros. Caracterizada por necrose multifocal na substância branca, é uma importante causa de paralisia cerebral, relacionando-se ao retardo no desenvolvimento neuropsicomotor. Normalmente, inicia-se no período neonatal, podendo acarretar danos clínicos importantes. RELATO DE CASO: L.B., 7 meses, feminino. Paciente prematura, 32 semanas, 1,830 Kg, com PC de 29 cm, Apgar 8/8. Parto vaginal com bolsa rota 1h antes. G4, A3, pré-natal com sorologias negativas. Necessitou O2 em campânula por 81 min com piora de padrão ventilatório, sendo entubada e tranferida à UTI, repetindo apneias. Na UTI desde o nascimento até o 20º dia. Aos 2 meses, retorna à UTI apresentando 4 apneias e 2 PCR, uma de 30 e outra de 10 min. Juntamente com crises convulsivas, não repetidas após ser hidantalizada. Aos 5 meses, PC de 35 cm, sem fixação de olhar, sem reação a estímulos auditivos, sem sustendo cefálico e com hipertonia espática em 4 membros. Aos 7 meses PC 38 cm, não senta com apoio e não apresenta sustento cefálico. Ecografia Transfontanelar com parênquima cerebral arquitetural em aspecto de múltiplos cistos, sugestivo de Leucomalácia Periventricular Multicística. Tomografia com hiperdensidades na substância branca periventricular e lombar, principalmente na região frontal direita, compatível com sequela de insulto hipóxico isquêmico. OBJETIVO: Discutir as principais características da Leucomalácia Periventricular e abordar as possíveis sequelas neurológicas desse evento. DISCUSSÃO: A Leucomalácia é uma importante causa de paralisia cerebral e deficiência mental. Para FONSECA (2002, 264) "As lesões podem variar de pequenas áreas de gliose e de redução da mielina, restritas a região periventricular, até sítios extensos de leucomalácia subcortical, às vezes com aparência de encefalopatia multicística." As evidências na tomografia revelam que houve dificuldades no seu desenvolvimento neuropsicomotor desde o nascimento, as quais estão se perpetuando ao longo de sua vida. E esses eventos relacionam-se ao insulto isquêmico sofrido pela RN. Ao nascimento, há a presença dos reflexos próprios do RN, os quais tendem a desaparecem no decorrer do desenvolvimento, grande parte extinguindo-se aos 2 meses. Também é encontrada a hipertonia de flexão em 4 membros que passa a ser hipotonia aos 2 meses e persiste dessa forma até 8 a 10 meses. Na paciente em questão, a hipertonia persiste até o momento, tendo a paciente 7 meses.

MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA ROTA ASSOCIADA A NEUROCISTICERCOSE EM ADOLESCENTE: RELATO DE CASO

Elton Ferreira de Almeida Férrer, Hanna Freire de Oliveira, Ronei Leite Férrer, José Nivon Silva e Elton Luis Martins Torres

INTRODUÇÃO: Trata-se do relato de um caso raro de AVE hemorrágico decorrente de uma malformação arteriovenosa (MAV) associada a neurocisticercose, que foi encontrada, casualmente, em TC sem contraste. RELATO DO CASO: Paciente masculino, 15 anos, pardo, foi admitido em hospital terciário de Fortaleza com rebaixamento do nível de consciência e hemiplegia direita. Na admissão, paciente apresentou episódio de síncope precedido de turvação visual, sudorese, parestesia e paresia progressiva em dimidio direito associado a vômitos em jato. Há 1 ano, passou a apresentar cefaleia frequente e intensa (2 vezes/semana), que nem sempre aliviava após uso de analgésicos. Ao exame físico, apresentava-se febril (39ºC), anictérico, acianótico, hidratado, com rebaixamento do nível de consciência, pupilas isocóricas, paresia e parestesia em dimídio direito 2+/4+ (MS>MI). Glasgow: 13 (AO: 3 / RV: 4 / RM: 6). FC de 55 bpm; PA de 110 x 70 mmHg. Achados laboratorias: leucocitose (1,73x103µl) com predomínio de neutrófilos; aneosinofilia (0), glicose (114mg/dL); TGO, TGP, Na+ e K+: normais; TAP (1,14) e TPTA (0,93): normais. A TC sem contraste evidenciou extenso hematoma intraparenquimatoso, em substância branca, e extravasamento de sangue para espaço subaracnoideo, além da presença de vesículas com escólex no parênquima cerebral compatível com neurocisticercose em fase aguda vesicular. Inicialmente, prescreveu-se Tramal, Manitol, Dexametasona e Dipirona. Fez-se albendazol associado a dexametasona por 21 dias e fisioterapia para reabilitação motora até a alta hospitalar. Depois o paciente foi submetido a embolização, que resolucionou 96% da MAV. Então, necessitou de ressecção cirúrgica, que ocorreu sem intercorrências. Houve recuperação progressiva dos déficits motores, recebendo alta em aproximadamente dois meses de internação, sendo prescrito hidantal para profilaxia de eventos convulsivos. CONCLUSÃO: Este trabalho evidencia a importância de se investigar melhor a etiologia de cefaleias em pacientes jovens e, em caso de AVE hemorrágico, suspeitar de malformação arteriovenosa e neurocisticercose como possíveis etiologias. Então, deve-se atentar para a necessidade do diagnóstico precoce tanto de MAV, quanto de neurocisticercose, a fim de evitar suas complicações.

MIGRÂNEA NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA

Diego Ustárroz Cantali, Bruna Finato Baggio e Rodolfo Alex Teles

INTRODUÇÃO: Cefaleia é uma queixa comum em pediatria, sendo a Migrânea uma de suas etiologias. Ela é um distúrbio neurológico crônico, caracterizado por cefaleia e outros sintomas associados. Contudo, a migrânea pediátrica continua subdiagnosticada e subtratada [1, 2]. OBJETIVOS: Apresentar breve atualização so-

bre avaliação e tratamento da migrânea na pediatria. MATERIAIS E MÉTODOS: Realizou-se revisão sobre a migrânea na infância. O texto foi baseado em artigos pesquisados no PubMed (publicações entre 2003 e 2011) utilizando os termos migraine e headache in childhood. RESULTADOS: A Migrânea é classificada pelo International Classification of Headache Disorders (ICHD-II) e está disponível on-line. As três principais classificações são migrânea sem aura, migrânea com aura e síndromes periódicas da infância que são comumente precursores de migrânea, respectivamente [2, 3]. O tratamento consiste em alterações comportamentais e medidas farmacológicas, com o objetivo principal de melhorar a qualidade de vida do paciente. Entre as principais orientações encontram-se sono regular, exercícios e diminuição da ingesta de cafeína. Os fármacos de escolha são ibuprofeno, acetaminofeno e sumatriptano spray-nasal [2, 4]. O Pediatric Migraine Disability Assessment (PedMIDAS) é um questionário que pode ser utilizado para identificar o impacto da migrânea e a resposta ao tratamento no paciente pediátrico [1, 5]. CONCLUSÃO: Migrânea é um distúrbio comum na faixa pediátrica. Infelizmente, ela continua sendo subdiagnosticada e subtratada, necessitando de maior atenção de pediatras e neurologistas. O tratamento correto é fundamental para uma melhor qualidade de vida do paciente e seus familiares.

REALIDADE VIRTUAL NA NEURORREABILITAÇÃO PEDIÁTRICA

Bruna Finato Baggio e Rodolfo Alex Teles

INTRODUÇÃO: A realidade virtual (RV) tem ganhando grande espaço como tratamento complementar para pacientes com patologias neurológicas. A RV é uma simulação do mundo real, usando computação gráfica. As características principais de um programa de RV ou aplicativo incluem interação e imersão [1]. OBJETIVOS: Apresentar a evidência científica da realidade virtual como possível tratamento para crianças com patologias neurológicas. MÉTODOS: Realizou-se uma busca na base de dados Medline utilizando os descritores: virtual reality, Pediatric Neurorehabilitation. Foram incluídos na revisão os artigos mais relevantes. RESULTADO E DISCUSSÃO: A RV oferece uma correspondência em três dimensões espaciais entre o grau de movimento no mundo real e do grau do movimento observado na tela do computador. Tal representação espacial permite um feedback visual relativo ao conhecimento do desempenho e orientação, que são cruciais para a aprendizagem motora em crianças [2]. O realismo do ambiente simulado através da RV permite que a criança adquira e reproduza habilidades importantes, tais como vencer um obstáculo, em um ambiente seguro. Esta exposição aumenta a probabilidade de que essas competências que são adquiridas através da RV sejam reproduzidas no seu cotidiano. Embora uma quantidade significativa de trabalho tenha sido feita nesta área, com resultados promissores, as características relevantes destes sistemas e a quantificação do seu impacto sobre a recuperação ainda não estão claramente compreendidas [3]. CONCLUSÃO: A RV até o momento é utilizada como forma de tratamento complementar, pois os estudos científicos ainda não são claros na real efetividade desta ferramenta na recuperação motora. São necessários mais estudos nesta área para que se possa confirmar a real aplicabilidade desta proposta.

RELATO DE CASO: MALFORMAÇÃO DE ARNOLD CHIARI TIPO II

Fabiani Waechter Renner, Jessica Alessio Gottfried, Raquel Oliveira Corbelini, Maitícia Fernandes Hoppe, Caroline Ronsoni Schneider e Cristiane Jardim Trevisan

INTROUÇÃO: A malformação de Arnold-Chiari tipo II é a mais comum, sendo caracterizada por hidrocefalia progressiva e meningomielocele, estando associada a outras anomalias do sistema nervoso central e comorbidades de diversos órgãos. RELATO DE CASO: V.L.V., masculino, 3 anos, branco, natural de Santa Cruz do Sul, nasceu por parto cesáreo, PN 3.800g , alt 52 cm, PC 50 cm, Apgar 7/9, não foi amamentado ao seio materno. Mãe fez pré-natal sem intercorrências, porém, não fez uso de ácido fólico. Apresentou o diagnóstico de hidrocefalia e meningomielocele lombossacra rota. Foram realizadas cirurgias de: correção da meningomielocele rota, de prolapso retal e colocação de derivação ventrículo-peritoneal (DVP). No decorrer de seu crescimento (AOS 2 anos de vida) foi necessário realizar gastrostomia devido sua dificuldade na deglutição e pneumonias aspirativas de repetição. Apresentou várias internações por crises convulsivas, sepse, meningite, pneumonias aspirativas e cistites, muitas vezes, sendo necessário troca da DVP. DISCUSSÃO: A meningomielocele representa a mais grave das formas de disrafismo envolvendo a coluna vertebral. Apresenta incidência de aproximadamente 1/4.000 nascidos vivos e produz disfunção de muitos órgãos e estruturas, inclusive esqueleto, pele e trato genito-urinário, além do sistema nervoso parassimpático e sistema nervoso central. Em associação com a meningomielocele descreve-se a síndrome de Chiari II (ou Arnold-Chiari), a qual se associa com a meningomielocele em todos os casos e, essencialmente, nunca ocorre na sua ausência. Esta malformação deve-se à herniação caudal do bulbo e das amígdalas cerebelares através do forame magno. Menos de 20% das malformações de Chiari II produzem sintomas e, quando o fazem, geralmente ocorrem antes dos 3 meses de idade. A hidrocefalia em associação com um defeito Chiari tipo II desenvolve-se em pelo menos 80% dos pacientes com meningomielocele. Não é infrequente que os lactentes com hidrocefalia e Chiari tipo II desenvolvam sintomas de disfunção do rombencéfalo, inclusive dificuldade de alimentação, engasgos, estridor, apneia, paralisia das pregas vocais, acúmulo de secreções e espasticidade dos membros superiores que, se não tratados, podem levar ao óbito. Crianças com meningomielocele tratadas agressivamente apresentam mortalidade de aproximadamente 10-15%, e a maioria dos óbitos ocorre antes dos quatro anos de idade.

RELATO DE CASO: PROJETO ANEMIA-APRENDER BRINCANDO ESF MALAFAIA

Denise Isabel Zandoná e Mirta Pires Chaves

INTRODUÇÃO: A ferropenia é a deficiência nutricional mais comum no mundo. Estima-se que cerca de 2,15 bilhões de pessoas no mundo sejam anêmicas por deficiência de ferro (OMS), tornando este um problema de saúde pública. A prevalência global de anemia em menores de 5 anos é de 47,4%. No Brasil, estudos estimam que as prevalências variam de 30-70%. Segundo dados observados pelo "Projeto criança sem anemia no Rio Grande do Sul" (2005) a anemia está presente em 42,2% das crianças, sendo que o Sul do estado tem uma prevalência em crianças bem maior (68,7%). A falta de conhecimento da população e das pessoas atuantes no sistema de saúde em relação à importância da prevenção da anemia ferropriva no desenvolvimento infantil, torna essa a sua principal causa. OBJETIVO: Descrever a capacitação da equipe e enfatizar a prevenção da anemia através do reconhecimento de uma alimentação saudável e rica em ferro para mães e crianças de 0 a 5 anos de idade. RELATO DO CASO: A capacitação da equipe da estratégia de saúde do referido ESF ocorreu através de: (1) Pré-teste com a pergunta: Quais os alimentos você acredita serem ricos em ferro?; (2) Exercícios de reconhecimento de percentis de peso e altura e seus significados no cartão da criança; (3) Distribuição

e discussão de folder com os seguintes tópicos: efeitos deletérios da anemia na infância, dez passos para alimentação saudável, incentivo ao aleitamento materno e consumo de alimentos ricos em ferro; (4) Apresentação da "Mala da Criança sem Anemia", uma mala que contém em seu interior objetos e brinquedos que fazem referência aos alimentos ricos em ferro e alimentos para uma alimentação saudável. CONCLUSÃO: As atividades realizadas e o manuseio da "Mala da Criança sem Anemia" propiciaram a aprendizagem através da brincadeira. Essa estratégia de intervenção para promoção de saúde infantil, justifica-se por si mesma, por melhorar a qualidade de vida das crianças e suas famílias, através da diminuição da anemia ferropriva. E demonstra a importância do ESF, cumprindo seu papel social na melhoria das condições nutricionais da população, já que o Sul do Rio Grande do Sul é área de alta prevalência de anemia ferropriva.

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ: VARIANTE MOTORA

Franciele Moro Poletto, Daniele Dal Bosco, Evelise Vieira Flores, Marcos Paulo Dozza e César Augusto Lopes Pires

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Guillain-Barré é uma doença imunoinflamatória do sistema nervoso periférico, na qual as desordens motoras predominam sobre as sensoriais. Caracteriza-se por déficit motor progressivo, acompanhado de hipo/arreflexia e dor. Em aproximadamente 85% dos casos essas manifestações são antecedidas por infecções virais, tanto respiratórias quando gastrointestinais. O prognóstico dessa síndrome é bom, sendo que em 80-85% dos casos a recuperação é total ou quase completa em curto prazo. RELATO DE CASO: Paciente feminina, 8 anos, apresentando paraparesia progressiva há 3 dias do atendimento, acompanhada de náuseas, vômitos, cefaleia e mialgia em regiões posteriores das pernas. Não havia história de infecções recentes, inclusive gastrointestinais. Ao exame encontrava-se em regular estado geral, apresentando nervos cranianos preservados, paraparesia hipotônica e arreflexia profunda simétrica. Exames laboratoriais (incluindo líquor) e ressonância magnética nuclear de coluna lombo-sacra sem alterações significativas. Evoluiu com piora motora (tetraparesia flácida). Teste de função pulmonar evidencia capacidade vital de 70% do normal para a idade; eletroneuromiografia evidenciou polineuropatia axonal sem sinais de atividade motora, compatível com a Síndrome de Guillain-Barré (AMAN – acute motor axonal neuropathy). Foi submetida a terapia com imunglobulina, apresentando importante melhora progressiva. DISCUSSÃO: Por se tratar de uma doença imunomediada, a Síndrome de Guillain-Barré (1-2 casos/100.000 habitantes) exige diagnóstico ágil, por meio de achados clínicos, laboratoriais e eletroneuromiográficos, pois pode apresentar rápida evolução desfavorável. Dentre as características, 90% dos pacientes apresentam abolição dos reflexos tendinosos durante os primeiros dias, e a fraqueza muscular atinge grau máximo nas 2 primeiras semanas, quando 20% necessitam de auxílio para caminhar. Ocorre estabilização do quadro em até 4 semanas. A alteração clássica de dissociação proteíno-citológica no líquor pode não estar presente na primeira semana. Destaca-se evolução clínica variável com índice de mortalidade de 1 a 15%.

NUTROLOGIA PEDIÁTRICA

ASPECTOS NUTRICIONAIS EM PACIENTE COM ATRESIA DE ESÔFAGO E SÍNDROME DE DOWN: RELATO DE CASO

Janaína Elsing, Alana Eickhoff, Fátima Cleonice de Souza

INTRODUÇÃO: O baixo peso ao nascer está entre um dos fatores mais relevantes para o prognóstico do recém-nascido com atresia de esôfago (AE). Em 50 a 70% dos casos de atresia de esôfago existe associação de outras anomalias congênitas, como a Síndrome de Down (SD) em 5,5% dos casos. Estes pacientes são vulneráveis ao aparecimento de doenças relacionadas ao estado nutricional. É indispensável o acompanhamento ambulatorial multidisciplinar com o empenho familiar frente a essas condições. OBJETIVOS: Relatar caso de paciente com SD com AE e implicações nutricionais. RELATO DO CASO: Paciente masculino, nascido por parto normal com 34 semanas de idade gestacional, portador de SD, pesando 1.860 gramas, Apgar 8/9. Mãe tabagista, 42 anos, G6P6, admitida no hospital com pré-eclâmpsia. Ao nascer, foi encaminhado à UTI pediátrica com diagnóstico de AE, onde permaneceu por um mês. Foram realizadas esofagostomia e gastrostomia. Atualmente, paciente com 8 meses, pesando 4.200 gramas e comprimento de 55 cm, abaixo do percentil 5 para estatura/idade e peso/idade, pela escala de Cronk. Segundo a mãe, recebeu como orientação da nutricionista uso de NAN 2, de 3/3 horas, mas o ganho ponderal foi insatisfatório. A associação de frequentes obstruções da sonda de gastrostomia com a necessidade de reinternações pelos cuidados exigidos com o coto proximal agravam a dificuldade de ganho de peso. Essas situações fazem com que a presença de um cuidador bem treinado também seja indispensável para o manejo adequado. DISCUSSÃO: Nos pacientes com AE se faz o necessário o acompanhamento frequente e constante, principalmente se existem outras anomalias associadas, como no caso relatado. Dessa forma, alterações metabólicas e nutricionais serão detectadas de maneira precoce, podendo ser corrigidas adequadamente, não comprometendo ainda mais o prognóstico. Atendimento multidisciplinar, suporte nutricional e engajamento da família são condições indispensáveis no manejo destes pacientes.

BAIXO PESO EM CRIANÇAS DE UM CENTRO URBANO AO SUL DO BRASIL

Vanessa Adriana Scheeffer e Cristiano do Amaral de Leon

INTRODUÇÃO: A desnutrição na infância representa um dos maiores problemas enfrentados por sociedades em desenvolvimento, devido a sua elevada frequência e amplo espectro de danos secundários a tal condição. O relatório da UNICEF publicado em 2006 diz que um quarto das crianças do mundo tem peso muito baixo para sua idade. No Brasil, a prevalência de baixo peso para a idade varia entre 1,1 e 11%. Devido à importância do tema, buscou-se avaliar a prevalência de baixo peso para a idade em 183 crianças de 12 a 83 meses de idade, residentes de um bairro emergente de um centro urbano ao sul do Brasil. MÉTODOS: Foi realizada pesquisa de campo, com preenchimento de questionário composto por oito questões relevantes ao tema estudado e pesagem das crianças Os dados foram coletados no período de março de 2010 a março de 2011 e o teste do qui-quadrado foi utilizado para a análise dos dados. RESULTADOS: Foi encontrada uma prevalência de 10,9% de baixo peso na população estudada. Tal prevalência foi maior no sexo feminino do que no masculino, embora não tenha sido encontrada significância estatística. Não foi encontrada significância estatística entre baixo peso e demais variáveis. CONCLUSÃO: A prevalência encontrada neste estudo mostrou-se próxima do limite superior das prevalências encontradas no Brasil. Tal fato demonstra a precariedade das condições econômicas e sociais da população estudada, reforçando a necessidade de um melhor atendimento de puericultura às crianças do bairro estudado.

OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA

A IMPORTÂNCIA DA FISIOTERAPIA NAS DESORDENS VESTIBULARES DA INFÂNCIA

Rodolfo Alex Teles e Bruna Finato Baggio

INTRODUÇÃO: Desordens vestibulares são normalmente ignoradas em crianças e a sua falta de habilidade para descrever adequadamente os sintomas prejudica seu prognóstico. Muitas doenças que causam vertigem no adulto acontecem também em crianças, porém, sua frequência pode ser diferente e varia de acordo com a idade. A introdução dos exercícios como modalidade terapêutica foi idealizada na década de quarenta por Cawthorne [1944] e Cooksey [1946]. Recentemente, os fisioterapeutas vêm tornando-se mais interessados na reabilitação vestibular (RV), atuando e produzindo estudos relevantes sobre o tema. OBJETIVOS: Apresentar aspectos científicos para o tratamento da fisioterapia nas desordens vestibulares na infância. MÉTODOS: Realizou-se uma busca na base de dados Medline e Scielo utilizando os descritores: Vestibular rehabilitation, dizziness, child. Foram incluídos nesta revisão os artigos mais relevantes. RESULTADOS E DISCUSSÃO: A tontura é um sintoma muitas vezes esquecido ou desprezado na anamnese da criança. Essa queixa pode associar-se a várias outras afecções, muitas vezes diferindo daquelas encontradas em adultos. As principais desordens vestibulares na infância são relatadas nos estudos como: infecções virais, migrânea e vertigem paradoxística benigna da infância. A reabilitação vestibular visa seguir as diretrizes traçadas durante a fase do exame otoneurológico e do quadro cinético-funcional. Programas de reabilitação vestibular na infância podem ser efetivos, pois, com base na plasticidade neural, as crianças podem compensar rapidamente e adaptar os déficits vestibulares. As evidências sugerem que a fisioterapia pode reduzir e até mesmo eliminar a vertigem, melhorar o controle viso-motor e melhorar o equilíbrio e coordenação. CONCLUSÃO: Desordens vestibulares na infância ainda são subdiagnosticadas. A reabilitação vestibular é um tratamento eficaz e a interação da equipe multiprofissional é essencial.

PEDIATRIA AMBULATORIAL

ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR DA OSTEOGÊNESE IMPERFEITA: UM RELATO DE CASO

Janaína Elsing, Liciane Maria Reis Guimarães, Jade Barbosa Viana e Pedro Augusto Baptisti Minussi

INTRODUÇÃO: A Osteogênese Imperfeita é uma patologia considerada rara, com prevalência estimada de 1/10.000 a 20.000 nascidos vivos. É uma doença do tecido conjuntivo, resultante de mutações em genes que sintetizam colágeno tipo I, gerando fragilidade óssea e outras anormalidades em tecidos dependentes de colágeno. Como consequência dessa fragilidade, as fraturas ósseas poderão ocorrer em qualquer parte do corpo, sendo mais comum em extremidades. Pode ser classificada em oito apresentações clínicas diferentes, desde leves (OI tipo I) ou moderadas (tipos V-VII), a quadros graves (OI tipos III e IV) ou letais no período perinatal (tipo II). OBJETIVO: Relatar o caso de um menino de 11 anos, portador de Osteogênese Imperfeita, visando o manejo multidisciplinar adequado da doença. MÉTODOS: Revisão retrospectiva e pesquisa bibliográfica do quadro clínico e patológico direcionando para manejo de pacientes portadores de Osteogênese Imperfeita. RESULTADOS: O diagnóstico é feito através de anamnese, destacando-se história familiar, quadro clínico e exames de imagem complementares. Devem ser considerados pacientes com história de múltiplas fraturas aos mínimos traumas e aqueles que apresentam sinais característicos de acordo com os diferentes tipos de classificação. Susceptibilidade ao trauma, baixa estatura, redução de massa óssea, deformidades esqueléticas, dentiogênese imperfeita, escoliose e esclera azulada são os sinais comumente observados. O tratamento deve ser multidisciplinar, incluindo médicos, psicólogos, nutricionistas e fisioterapeutas. O tratamento de suporte inclui acompanhamento ortopédico, atividades físicas de baixo impacto, visando o reforço muscular, e uso de inibidores da reabsorção óssea. CONCLUSÃO: A chegada de um paciente com Osteogênese Imperfeita no serviço de saúde gera ansiedade e insegurança nos profissionais da área, por ela ser rara, de difícil manejo e pouco abordada em nível acadêmico. O principal diagnóstico diferencial se faz com a síndrome da criança espancada e, neste âmbito, o conhecimento de sua fisiopatologia torna-se extremamente necessário, evitando assim consequências de um diagnóstico errôneo para o paciente e sua família.

ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM CRIANÇAS COM DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA

Adriano Detoni Filho e Mariana Nolde Pacheco

INTRODUÇÃO: Leucemia é a denominação dada a um conjunto de cânceres que se originam na medula óssea, onde há um acúmulo de células anormais suprimindo a produção de células normais do sangue. A doença pode se apresentar como aguda ou crônica, dependendo da velocidade e progressão dos sintomas. Em crianças, os tipos de leucemia mais comuns são as leucemias agudas. As terapias mais utilizadas para o tratamento dessa patologia são a quimioterapia e o transplante de medula óssea. O uso de medicamentos quimioterápicos pode resultar em diversos efeitos adversos, entre eles a fadiga, anorexia, náuseas, alopécia, perda de peso e dor. Com isso, o papel da fisioterapia no tratamento da leucemia é prevenir as incapacidades estabelecendo estratégias de autocuidado e melhorando a qualidade de vida dos pacientes acometidos pela doença. OBJETIVO: Revisar a importância da fisioterapia no tratamento da leucemia infantil. MÉTODOS: Consistiu de uma revisão bibliográfica onde foram lidos e analisados 12 artigos buscados diretamente nas bases de dados MEDLINE, LILACS, SciELO e PUBMED a partir do ano 2000. RESULTADOS E DISCUSSÃO: A análise dos artigos permitiu verificar que as crianças com leucemia apresentavam importante redução no movimento de dorsiflexão de tornozelo, fadiga, atrofia muscular e dor. As condutas fisioterapêuticas utilizadas foram exercícios para ganho de amplitude de movimento de dorsiflexão de tornozelo, alongamentos, fortalecimento muscular de membros inferiores e neuroestimulação elétrica transcutânea (TENS). CONSIDERAÇÕES FINAIS: Com os resultados obtidos nesse estudo foi possível concluir que a fisioterapia ajudou no controle da dor, aumentou a força muscular e melhorou a amplitude de movimento em crianças durante o tratamento da leucemia.

AVALIAÇÃO DA ACUIDADE VISUAL EM ALUNOS DE ESCOLA PÚBLICA E PARTICULAR DE CAMPO GRANDE, MS

Paola Mari Nakashima Cano, Dante Orondjian Verardo, Fabiana Orondjian Verardo, Ingridy Valério Normando, Jullyana Mendonça Souza, Laura Chaparro Costa Neves e Nataly Saucedo Perez

INTRODUÇÃO: Observa-se uma escassez de dados estatísticos sobre causas médicas de baixo desempenho escolar no Brasil,

e a deficiência visual faz parte desse cenário. A importância do acompanhamento da acuidade visual (AV) até a idade escolar em crianças com fatores de risco para o baixo desempenho escolar é fundamental. Uma das motivações deste estudo foi a constatação de que poucas crianças nesta faixa etária passaram pelos ambulatórios de oftalmologia, fato este que retarda cada vez mais o diagnóstico de déficits visuais que podem ser a causa das dificuldades de aprendizagem. OBJETIVO: Comparar AV de alunos de escola pública e particular e correlacionar os achados as demais variáveis do estudo. MÉTODOS: Estudo de delineamento transversal, feito em escola pública e particular entre fevereiro e março de 2011. Amostra: 112 alunos de 3º e 4º ano do ensino fundamental da escola pública (48) e da particular (64). Variáveis: consulta oftalmológica prévia (motivo e idade) e acuidade visual (AV). Os dados foram coletados através do preenchimento de questionário padronizado pelo responsável e medida de acuidade visual para longe com utilização da tabela de Snellen. RESULTADOS: Resultados das escolas particular e pública foram, respectivamente: consulta oftalmológica prévia: 39,1% e 20,8%, destes, 40% e 80% foram referenciadas por pediatras; média de idade na 1ª consulta: 5,94 e 5,16; motivo principal da 1ª consulta: cefaleia (60%) em ambos; AV pior que 20/40 em pelo menos 1 dos olhos: 6,3% e 29,16%, destes, já passaram por consulta oftalmológica 75% e 8,3%, e usam óculos 25% e 0%. CONCLUSÃO: Constatou-se menor acessibilidade à consulta oftalmológica nas crianças de escola pública, o que pode justificar o maior índice de alterações da AV neste grupo. Este achado pode ser atribuído à necessidade de encaminhamento para consulta especializada no sistema público de saúde local. O motivo mais relatado para 1ª consulta, em ambos os grupos, provavelmente por se tratar de uma queixa universal e comumente atribuída a alterações oculares, foi a cefaleia. A idade média na primeira consulta foi semelhante entre os 2 grupos.

ENURESE E DISFUNÇÃO MICCIONAL: ESTÃO RELACIONADAS?

Denise Marques Mota, Elaine Albernaz, Lais Marques Mota e Cristina Kaufmann

INTRODUÇÃO: Enurese é a perda involuntária de urina à noite, na ausência de doença orgânica, numa idade em que seria esperado que a criança se mantivesse seca (após os cinco anos). É um transtorno significativo para crianças e adolescentes, impondo restrições às atividades de rotina e vergonha pela condição de enurético. A disfunção miccional é um padrão miccional anormal para a idade da criança, não sendo usualmente reconhecida antes da aquisição do controle urinário noturno. OBJETIVO: Determinar a prevalência de enurese e de disfunção miccional em uma coorte de crianças. MÉTODOS: Estudo de coorte que incluiu a triagem hospitalar de todos os nascimentos ocorridos na cidade de Pelotas de setembro de 2002 a maio de 2003 e acompanhou uma amostra aleatória de 30% destes. Esta análise foi realizada com a visita de 2010, quando as crianças tinham entre sete e oito anos de idade. Para avaliação de disfunção miccional, foi utilizado o escore de disfunção miccional de Farhat, que utiliza como ponto de corte para disfunção valores > 6 nas meninas e > 9 nos meninos. RESULTADOS: Foram avaliadas 578 crianças sendo 48,3% meninas. A prevalência de enurese foi 8,4%, sendo 10,1% nos meninos e 6,6% nas meninas; 81,6% urina na cama duas ou mais vezes durante a noite; 25% todas as noites, 12,5% quatro a cinco vezes por semana e 62,5% menos de quatro vezes na semana; 87,5% molham a roupa e os lençóis; apenas 3,2% acha que a enurese interfere na vida familiar ou social da criança. A disfunção miccional apresentou prevalência de 12,7%, sendo 5,9% nos meninos e 20,0% nas meninas (p<0,001) e foi mais frequente entre as crianças que tinham enurese (37,0%) do que entre as que não tinham (10,4%) (p<0,001). A frequência dos sintomas miccionais entre os enuréticos e não enuréticos foi: número de micções menor que três vezes ao dia 4,4% x 3,5% e mais de oito vezes ao dia 15,2% x 5,3% (p=0,02), incontinência urinária 29,2% x 5,5% (<0,001), manobras de contenção 60,4% x 37% (p=0,001), urgência miccional 79,2% x 62,3% (p<0,001), urge-incontinência 29,2% x 5,0% (p<0,001). CONCLUSÕES: A enurese é uma patologia frequente na infância e as crianças apresentam maior prevalência de sintomas miccionais diurnos associados, que devem ser investigados para o adequado tratamento. As famílias não reconhecem muitas vezes a enurese como um problema, não buscando ajuda. A disfunção miccional deve ser tratada concomitantemente e, muitas vezes, pode resolver a enurese.

HÁBITOS INTESTINAIS NA INFÂNCIA

Denise Marques Mota, Aluisio Jardim Dornelas de Barros, Ina Santos e Alicia Matijasevich

INTRODUÇÃO: A constipação é uma queixa frequente nas consultas pediátricas de rotina e é responsável por mais de 20% das consultas ambulatoriais na especialidade de gastrenterologia pediátrica [1, 2]. A etiologia da constipação é multifatorial e há divergências em relação ao seu curso clínico [3]. OBJETIVOS: Descrever a prevalência de constipação, características das fezes e sua relação com treinamento esfincteriano e introdução do leite de vaca nos primeiros quatro anos de vida. MÉTODOS: 4.231 crianças nascidas no ano de 2004 em Pelotas foram incluídas em um estudo longitudinal. Aos 12, 24 e 48 meses, as mães responderam a um questionário domiciliar com questões sociodemográficas, características dos hábitos intestinais, treinamento esfincteriano e idade de introdução de leite de vaca, entre outros tópicos. Para a definição de constipação funcional foi utilizado o critério de Rome II modificado: presença de dois ou mais dos seguintes sintomas: fezes duras, fezes em cíbalos, evacuações com sangramento, dificuldade em evacuar, intervalos maiores que 72 horas entre uma evacuação e a seguinte e uso de laxantes nos últimos 30 dias. RESULTADOS: Prevalência de constipação aos 24 meses foi 27,3%, 31% aos 48 meses (predominando nas meninas aos 48 meses (34,4% x 27,4%; p<0,001) e 13,6% aos 24 e aos 48 meses. As características mais frequentes aos 24 e 48 meses são fezes duras (17,8% e 34,1%), em cíbalos (47,7% e 41%) e dificuldade em evacuar (24,3% e 23,1%). Treinamento esfincteriano antes dos 24 meses esteve associado com constipação aos 24 meses e persistência até os 48 meses. Aos 24 meses, 48,3% das crianças apresentavam recusa em utilizar o vaso sanitário (ou penico) e 2,9% aos 48 meses. Crianças que não receberam leite de vaca no primeiro ano de idade apresentaram prevalência de constipação de 22% aos 24 meses, 22,6% aos 48 meses e 8,3% aos 24 e 48 meses; as prevalências nas crianças que iniciaram leite de vaca antes de 30 dias de vida foram 28,2%, 33% e 12,4%, respectivamente. CONCLUSÃO: A prevalência de constipação aumenta com a idade e necessita busca ativa de sintomas para seu adequado diagnóstico. O treinamento esfincteriano antes dos 24 meses e a introdução de leite de vaca antes de 1 ano de idade esteve associado à constipação aos 24 meses e à sua persistência até os 48 meses. A orientação em relação ao aleitamento materno e treinamento esfincteriano deve ser fornecida nas consultas de rotina.

HIPERTENSÃO ARTERIAL E OBESIDADE: ESTÃO ASSOCIADAS?

Denise Marques Mota, Manoela Finkler, Lais Marques Mota, Alice João Marques, Clarisse Magalhães e Angeline Paulsen Rodrigues

INTRODUÇÃO: A hipertensão arterial é uma doença crônica, silenciosa e assintomática. Estudos demonstram presença de lesões em órgãos de crianças e adultos jovens hipertensos, como hipertrofia ventricular esquerda e proteinúria. Crianças hipertensas apresentam riscos 3-6 vezes maiores de terem dores de cabeça, dificuldades no sono, fadiga, dor no peito e dor abdominal. A prevalência de hipertensão arterial essencial nas crianças tem aumentado na última década, coincidindo com a epidemia da obesidade. OBJETIVO: Traçar o perfil da pressão arterial (PA) das crianças que consultam num ambulatório de pediatria e relacionar com estado nutricional. MÉTODOS: Estudo transversal, com os atendimentos ambulatoriais de março a julho de 2010. Foram avaliados 658 pacientes entre 3 e 17 anos. Percentis de pressão arterial foram obtidos de acordo com a idade, sexo e altura (diretrizes de 2006): pré-hipertensos valores de percentil entre 90 e 95; hipertensão estágio 1 valores entre 95 e 99 + 5mmHg e acima destes valores hipertensão estágio 2. O estado nutricional foi avaliado segundo critérios da OMS: obesidade com percentil do IMC acima de 97, sobrepeso entre 85 e 97 e adequado abaixo do 85. RESULTADOS: 42,9% das crianças eram do sexo feminino, 69,8% brancas, idades entre 3 e 5 anos (6,7%), 6 a 8 anos (28,9%), 9 a 11 anos (35,6%), 12 a 14 anos (23,1%) e 15 a 17 anos (5,8%). Em relação ao estado nutricional 11,6% foram classificados como sobrepeso e 31,3% como obesos. Em relação aos níveis tensionais sistólicos, 13,2% apresentavam pré-hipertensão, 10,3% hipertensão estágio 1 e 2,7% estágio 2; níveis tensionais diastólicos de 14,1%, 13,8% e 3% respectivamente. O estado nutricional apresentou relação direta com os níveis tensionais elevados, sendo 31,1%, 22% e 14,7 % nas crianças obesas, com sobrepeso e com peso adequado, respectivamente (p=0,005). Os níveis tensionais elevados apresentaram uma relação inversa com a idade (p=0,007) com 27,3% (3-5 anos), 24,7% (6-8 anos), 25,6% (9-11 anos), 16,5% (12-14 anos) e 7,9% (15-17 anos). Os meninos apresentaram menores prevalências de hipertensão em relação às meninas (19,4% x 26,2%, p=0,037). CONCLUSÕES: A obesidade deve ser tratada como uma doença e suas morbidades avaliadas precocemente na infância. A detecção da pressão arterial nas consultas de rotina pode ser um fator de prevenção de doenças cardiovasculares, pois, uma vez detectada, podemos instituir medidas para evitar as lesões em órgãos-alvo antes de estabelecidas.

PREVALÊNCIA DE ANEMIA NO SEGUIMENTO DE PRÉ-TERMOS DE MUITO BAIXO PESO

Claudia Ferri, Mariana Rangel Ribeiro, Luciana Alonzo Heidemann, Renato S. Procianoy e Rita de Cassia Silveira

INTRODUÇÃO: Pré-termos apresentam maior risco para anemia no primeiro ano de vida, pois os estoques fetais de ferro ocorrem principalmente a partir de 32 semanas de gestação. A prevalência de anemia em prematuros durante a infância pode variar de 26,9% a 85%. No entanto, a ocorrência e os efeitos da anemia no seguimento do pré-termo são pouco descritos. OBJETIVOS: Avaliar a presença de anemia e da deficiência de ferro e seus fatores perinatais em prematuros com um ano de idade corrigida. MÉTODOS: Estudo transversal incluiu pré-termos com peso de nascimento entre 505 e 1.500 gramas, e idade gestacional menor que 32 semanas, acompanhados no Ambulatório de Seguimento de um hospital terciário, entre janeiro de 2004 a março de 2010. Foram avaliados o uso de EPO, transfusões na internação, idade gestacional, peso do nascimento e gênero; hemograma e ferritina com um ano de idade corrigida. Na análise estatística foram empregados os testes de qui-quadrado, Mann-Whithney, teste T e coeficiente de correlação de Pearson. O programa estatístico foi o SPSS versão 18.0. Estudo aprovado pelo CEP da instituição. RESULTADOS: 320 crianças preencheram critérios de inclusão. A prevalência de anemia foi de 36,8% e da deficiência de ferro foi de 34,3%, sendo que houve uma prevalência de 23,4% de deficiência de ferro entre as crianças sem anemia. A média da hemoglobina foi de 11,6 ±1,29 g/dl, a média da idade gestacional foi de 30,46 ±2,18 sem. A média de peso deste grupo foi de 1186,31±228,49g. Dentre as 60 crianças com anemia, 51,6% necessitaram de transfusões no período neonatal, e naquelas 163 sem anemia, 43,5% necessitaram transfusões no período neonatal. Dentre todos os demais fatores perinatais, somente a idade gestacional foi estatisticamente significativa para a presença de anemia no seguimento com 1 ano de IC (p= 0,035). O uso de EPO não foi significativo. CONCLUSÃO: A prevalência de anemia nesta coorte de pré-termos, a avaliados com 1 ano de idade corrigida, encontra-se quartil inferior do descrito na literatura. Transfusões de concentrado de hemácias e o uso da EPO no período neonatal não modificaram a presença de anemia com um ano de idade. A imaturidade, mesmo para pré-termos de muito baixo peso, permanece sendo o fato mais relevante na ocorrência de anemia no primeiro ano.

PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM ESCOLARES DE 7 A 14 ANOS QUE FREQUENTAM ESCOLAS MUNICIPAIS DE HERVAL D'OESTE, SC

Michele Lopes Igansi, Lucas Faccio Della Latta, Karine Conte; Patricia Petry, Cristiane Pagliarini e Jossana Maria

INTRODUÇÃO: Ao acompanhar as mudanças nos hábitos socioambientais e culturais que vêm ocorrendo, as doenças cardiovasculares tornaram-se a principal causa de óbito no adulto e, por isso, a necessidade da obtenção das causas que estão levando a esse quadro, com o intuito de iniciar precocemente a prevenção dos fatores de risco através da intervenção nas políticas de saúde baseadas nos principais focos de prevalência. Dessa maneira, o presente estudo avaliou a prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV), tais como a obesidade, a hipertensão arterial, o sedentarismo e o tabagismo, que podem ser prevenidos, muitas vezes, com simples mudanças nos hábitos de vida. MÉTODOS: Correlacionaram-se as variáveis estudadas nos escolares de 7 a 14 anos que frequentam escolas municipais do Município de Herval D'Oeste, Santa Catarina. Para tal, realizou-se um estudo transversal, de base populacional, de natureza clínica no período de agosto a novembro do ano de 2010 em escolares na faixa etária acima citada. Os escolares foram submetidos a um questionário sobre determinados fatores de risco, além da verificação da pressão arterial, peso e altura. RESULTADOS: Dos 500 alunos estudados, a prevalência de hipertensão arterial foi de 5,8%, de obesidade 7,8% e de sedentarismo 20,2%. Nenhum aluno relatou fumar habitualmente e 2,6% referiram fumar esporadicamente. Os resultados deste estudo revelaram prevalências elevadas de excesso de peso, de medidas hipertensivas e de sedentarismo nos escolares avaliados. Além disso, a pressão arterial elevada predominou entre os escolares com excesso de peso em ambos os sexos. Posteriormente à coleta e análise dos dados de cada indivíduo, foi encaminhada uma carta a todos os pais e/ou responsáveis com algumas informações colhidas e orientações sobre a necessidade ou não de procurar auxílio médico para investigação das devidas alterações. Além disso, foram sugeridas medidas intervencionistas baseadas nos focos prevalentes no município. CONCLUSÃO: Portanto, o estudo teve por objetivo determinar a prevalência e orientar a prevenção de determinados fatores de risco para doenças cardiovasculares, para que, quando adultos, a taxa de morbimortalidade por elas seja menor da que é apresentada atualmente.

SÍNDROME METABÓLICA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Denise Marques Mota, Lais Marques Mota, Alice João Marques, Manoela Finkler, Luana Correa de Andrade, Bruna de Matos Bauer, Clarisse Magalhães e Angeline Paulsen Rodrigues

INTRODUÇÃO: A obesidade é uma doença crônica, complexa, de etiologia multifatorial cujo desenvolvimento sofre influência de fatores genéticos, ambientais e comportamentais. Sua prevalência vem aumentando nos últimos anos em todos os países e está relacionada com morbidades: obesidade visceral, resistência insulínica, hipertensão e dislipidemia, fatores que, somados, constituem a Síndrome Metabólica (1). OBJETIVOS: Determinar a prevalência de síndrome metabólica por sexo e idade nas crianças obesas do ambulatório da Faculdade de Medicina da UFPEL. MÉTODOS: Estudo transversal, realizado no ambulatório de pediatria da UFPEL com crianças maiores de cinco anos que consultaram no ano de 2010 e que foram classificadas como obesas. Foi realizada uma avaliação laboratorial para detectar a presença de síndrome metabólica, mas, para esta análise, apenas 149 crianças estavam com os resultados completos. Síndrome metabólica foi definida de acordo com os critérios de Cook (2), com a presença de pelo menos três dos cinco critérios: circunferência abdominal > percentil 90 (3), glicemia de jejum > 110mg/dl, triglicerídeos > 110mg/dl, HDL < 40mg/dl e Pressão arterial > percentil 90. RESULTADOS: Foram avaliadas 308 crianças, com 49% de meninos, idades em anos completos: 14,9% (5-6), 33,1% (7-9), 39,9% (10-13) e 12% (14-16). A prevalência de níveis pressóricos sistólicos e/ou diastólicos acima do percentil 90 foi de 45,1% e 39,1% respectivamente, com predomínio nas idades de 7 a 13 anos; circunferência abdominal acima do percentil 90 em 87,4%, triglicerídeos > 110mg/dl de 36,4% e HDL < 40mg/dl 39,5% (sem diferença entre os sexos). História familiar de hipertensão foi de 73,5% (pais ou avós) e obesidade em ambos os pais 16,6%, mãe 20,8% e pai 14,3%. Síndrome metabólica foi avaliada em 129 crianças que tinham todos os parâmetros coletados, apresentando uma prevalência de 23,3%, com predomínio nas idades de 10 a 16 anos. A mediana dos valores laboratoriais foi: triglicerídeos 94mg/dl, glicemia 79mg/dl, HDL 43mg/dl. Em relação ao tempo de tela, a mediana foi 3 horas/dia para televisão e 2 horas/dia para videogame. CONCLUSÕES: A síndrome metabólica foi frequente nas crianças obesas, assim como a prevalência de hipertensão, devendo ser investigada para identificar crianças e adolescentes que estão em risco de tornarem-se obesos na vida adulta com as consequentes morbidades. A obesidade deve ser investigada e tratada como uma doença, prevenindo problemas futuros.

IMPORTÂNCIA DA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL EM UMA COORTE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

José V C Spolidoro, Jefferson Piva, Manuel L Pitrez, Luiz T R Vargas, João Carlos Santana, Eduardo Pitrez, Neide Bruscato, Cecilia Korb e Greice Birck

OBJETIVO: Determinar a importância do acompanhamento da medida de circunferência abdominal (CA) em crianças e adolescentes como marcador precoce de sobrepeso; síndrome metabólica (SM) e alterações cardiovasculares em adulto jovens. MÉTODOS: Estudo de coorte com 159 indivíduos (feminino 51;6%) em 1999 com idade média 13,2anos. Foram realizadas 3 avaliações: 1999; 2006 e 2008. Peso, altura e CA coletado nas 3 avaliações. Em 2006, coletados também exames laboratoriais para diagnóstico de SM. Em 2008, pressão arterial (PA); ultrassom de carótidas para medir a espessura da camada médio-intimal das artérias carotídeas (EmiC) e tomografia abdominal (TCA) para quantificar depósitos de gordura. RESULTADOS: A CA medida enquanto criança ou adolescente correlacionou-se fortemente com o índice de massa corporal (IMC) medido simultaneamente e estabeleceu uma forte correlação com as medidas de circunferência abdominal como adulto jovem; assim como com a evolução do IMC. A CA correlacionou-se fortemente com os depósitos de gordura em TCA; sendo que a CA em 1999 expressou melhor a gordura externa (AGE), enquanto a CA quando adulto jovem expressou forte correlação tanto com gordura interna (AGI) quanto AGE. A correlação da CA com os depósitos de gordura foi mais forte no sexo feminino. A PA elevada como adulto jovem ocorreu significativamente mais naqueles que em 1999 tinham CA e IMC acima do ponto de corte de risco cardiovascular. A EmiC não correlacionou com CA e IMC elevados. A CA e não o IMC em 1999 foi significativamente maior no grupo que evoluiu para SM indicando que pode ser usado como parâmetro para discriminar aqueles que necessitam intervenção para prevenir a evolução para esta grave doença e suas consequências na vida adulta. CONCLUSÕES: A CA em crianças e adolescentes foi útil na triagem de pacientes para SM e risco de hipertensão. CA expressou os acúmulos de gordura abdominal, principalmente gordura subcutânea.

PEDIATRIA DO DESENVOLVIMENTO E COMPORTAMENTO

ANEUPLOIDIA DOS CROMOSSOMOS SEXUAIS ASSOCIADA A RETARDO MENTAL

Régis Augusto Reis Trindade, Fábio Bonalume, Rafael Simon Ribeiro Townsend, Marilice Magroski Gomes da Costa, Simone de Menezes Karam e Milene Pinto Costa

INTRODUÇÃO: O cariótipo 49 XXXXY é uma desordem dos cromossomos sexuais rara expressa clinicamente como retardo mental grave, hipogenitalismo e alterações esqueléticas, crescimento lento e desordens do comportamento. A incidência desta aneuploidia é estimada em 1 em 85.000 nascidos do sexo masculino. Foi originalmente descrita por Fraccaro em 1960. Apesar de ser usualmente considerada como uma variante da Síndrome de Klinefelter, mostra um distinto fenótipo e características clínicas mais graves. A expectativa de vida é normal. OBJETIVOS: Relatar o caso de um menino com cariótipo XXXXY em seguimento nos Ambulatórios de Genética e de Egressos da UTI Neonatal do Hospital Universitário (HU) de Rio Grande, RS. MÉTODOS: Estudo baseado na revisão de prontuário médico e literatura médica na base de dados do PubMed. RESULTADOS: D.A.C., 3 anos, masculino, admitido na UTI Neonatal do HU por Retardo do Crescimento Intrauterino (RCIU), baixo peso ao nascer e infecção perinatal. Nasceu por parto cesárea com 35 semanas e 5 dias, APGAR 2 no 1º minuto e 7 no 5º minuto e 1.300 g. Mãe com 41 anos, primigesta, com 7 consultas de pré-natal, sorologias na gestação negativas. Hipertensa prévia, fez uso de Captopril até 14 semanas de gestação e, após, Metildopa. Ao exame físico: micrognatia e laringomalácia, confirmada por laringoscopia, genitália masculina normal. Encaminhado ao geneticista por RCIU e laringomalácia. Apresentava também pescoço curto, epicanto bilateral, hipertelorismo, fendas labiais para baixo, clinodactilia do 5º dedo bilateral, assimetria de face e tórax, PITS pré-auriculares e retardo do desenvolvimento neuropsicomotor. Realizado avaliação cardiológica devido a sopro protossistólico, sendo o ECG e Ecocardiograma normais. Permaneceu internado na UTI Neonatal por 44 dias e 18 dias na Unidade Intermediária para ganho de peso. Foi realizado cariótipo GTG evidenciando pentassomia dos cromossomos sexuais: 49 XXXXY em todas as células analisadas. Atualmente com 3 anos, consegue falar algumas

palavras, possui atraso em caminhar, levanta sozinho e caminha com apoio. Além do acompanhamento já mencionado, está em fonoterapia, fisioterapia e frequenta a APAE. CONCLUSÕES: Após descrever o caso de uma criança com Síndrome XXXXY no contexto da investigação de uma laringomalácia, o paciente mostrou-se com bons prognóstico e expectativa de vida. O prognóstico destas crianças depende da gravidade da doença e necessita de uma abordagem multidisciplinar.

BENEFÍCIO DO CONSUMO DE ÔMEGA-3 E ÔMEGA-6 EM CRIANÇAS

Karen Miotto, Silvana Moura, Daiana Paz, Gabriela Grossi e Grasiele Mello

INTRODUÇÃO: Os ácidos graxos poli-insaturados são nutrientes essenciais para o ser humano. São considerados essenciais, pois não podem ser sintetizados pelo corpo e devem ser consumidos sob a forma de gorduras. A ingestão, tanto de ômega-3 quanto ômega-6, auxilia na diminuição dos níveis de triglicerídeos e colesterol LDL, no aumento de colesterol HDL e no combate do excesso de glicose no sangue. Possui ainda importante papel em alergias e processos inflamatórios. Podemos encontrá-lo nas nozes, castanhas, peixes (especialmente de águas frias), rúcula e nos óleos vegetais, como: azeite, canola, soja, milho, entre outros. Pode ser consumido e é necessário a todos os indivíduos. Deve estar presente na alimentação diária, especialmente nas crianças, que se encontram numa importante fase de desenvolvimento. OBJETIVO: Avaliar o benefício do consumo de ômega-3 e ômega-6 em crianças. MÉTODOS: Revisão de literatura com base no banco de dados do Medline e PubMed. RESULTADOS: O organismo humano não consegue sintetizar quantidades suficientes de ômega -3 e ômega -6. Dessa forma, é importante fazê-lo através da ingestão de alimentos ou suplementos vitamínicos. Mulheres que tomam suplementos de óleo de peixe durante a gravidez têm crianças com melhor coordenação motora e desenvolvimento mental. Estudos demonstraram efeito benéfico em crianças que consomem uma ou ambas as gorduras, onde se verificou diminuição do nível de gordura no sangue, melhora na capacidade visual, desenvolvimento cognitivo e na proteção dos ossos, já que diminuem a quantidade de osso que é reabsorvido. Verificou-se também que o consumo regular de alimentos ricos em ômega-3 melhora a capacidade de aprendizagem das crianças. Uma alimentação rica em tais suplementos aumenta o numero de glóbulos vermelhos. Assim, estudos comprovam que o nível de atenção das crianças aumenta consideravelmente quando sujeitos a uma dieta rica em ômega-3 e ômega-6, facilitando seu desenvolvimento intelectual. Notou-se também que crianças que ingerem tais alimentos tiveram menos problemas emocionais e distúrbios do sono. Cientistas do Imperial College descobriram que dois comprimidos ao dia, durante três meses, ajudaram o cérebro de um grupo de crianças a evoluir o equivalente a três anos, sendo constatadas melhoras na capacidade de leitura e atenção. CONCLUSÃO: A ingestão diária de ômega-3 mostrou-se benéfica para crianças de todas faixas etárias, principalmente quando o consumo é associado ao consumo de ômega-6.

IMPACTO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA DESNUTRIÇÃO INFANTIL

Gabriela Grossi, Grasiele Mello, Karen Miotto, Silvana Moura, Daiana Paz e Bárbara Bastos

INTRODUÇÃO: Em países em desenvolvimento, a desnutrição aparece como a segunda causa maior de morte em crianças menores de 5 anos. A classificação de desnutrição mais utilizada em nosso país é a da OMS, aplicada em crianças menores de 5 anos baseadas no z- escore. A principal causa de desnutrição baseia-se em baixa ingestão energético proteico. Esse problema está intimamente ligado à pobreza e afeta milhares de famílias brasileiras de baixa renda. Por esta razão, a desnutrição passa a ser vista como um problema social e não puramente de saúde pública. O Programa Bolsa Família foi lançado em outubro de 2003, são feitas transferências monetárias às famílias pobres que assumem o compromisso de investir na nutrição, na saúde e na educação de suas crianças e nos demais. OBJETIVOS: Demonstrar a importância do programa Bolsa Família na redução da desnutrição infantil. MÉTODOS: Estudo descritivo realizado a partir de análise dos dados sobre prevalência de crianças desnutridas beneficiadas pelo PBF no estado do Rio Grande do Sul durante os meses de dez/2006, jun/2007, dez/2007, jun/2008 e dez/2008 contidas na base de dados do site do SUS - DATASUS. A idade da população estudada era de 0 a 9 anos com baixo peso para altura, encontrando-se abaixo de p 3. RESULTADOS: O número absoluto de crianças ajudadas pelo PBF no período estudado foi de 15.637 (100%). A prevalência maior evidenciada foi na faixa etária de 1 a 4 anos (56,4%). A segunda maior foi 5 a 9 anos (41,7%). A menor percentagem encontrada foi de 1,8%, em crianças menores de um ano. A baixa renda está ligada não somente à dificuldade de acesso a alimentos, mas também à falta de higiene, habitação, saneamento e acesso aos serviços de saúde. A ingestão de água contaminada está relacionada diretamente a casos de diarreia em crianças. Esse hábito, juntamente com a moradia precária e péssimos hábitos de higiene, garantem à criança uma maior propensão a doenças infecto-contagiosas, as quais são fatores de risco para a desnutrição. A partir da implantação do programa Bolsa Família, constamos uma melhora na renda per capita das famílias, obtendo, assim, um declínio precioso nos casos de desnutrição das crianças brasileiras. CONCLUSÃO: Desta forma, a desnutrição é um problema de origem multifatorial e tem suas raízes na pobreza. Para reduzir a prevalência da desnutrição infantil é requerida ação focalizada e sistemática governamental não apenas na área de saúde, e isso foi possibilitado a partir da criação do PBF.

PROJETO SÓ RISO

Cezar Guilherme Raymundo Tabach, Márcio Torikachvili, Luciana Hoffmann Miranda, Rafaela Hoffmann Miranda, Raquel de Freitas Jotz, Wilson Ribeiro Casanova Neto, Juliano Peixoto Bastos, Marcel Catelan, Íris Oriques Pacheco, Andreza Mariane de Azeredo e Rodrigo Moraes Ruschel

INTRODUÇÃO: Implantado no ano de 2010 no Hospital Universitário (HU) da Universidade Luterana do Brasil em Canoas-RS, o projeto "Só Riso" é composto por acadêmicos de Medicina que personificam palhaços e promovem momentos lúdicos às alas de pediatria e de UTI pediátrica. OBJETIVOS: Modificação da dinâmica hospitalar com ênfase na promoção do bem-estar enquanto em período de hospitalização, visando promover conforto emocional. MATERIAL E MÉTODOS: A equipe é dividida em cinco grupos que atuam de segunda a sexta-feira das 16 às 18h no HU. São visitadas todas as crianças internadas no andar pediátrico que desejam receber os "doutores besteirologistas" em seus quartos. RESULTADOS: O contraponto criado entre a tensão hospitalar e o bem-estar no hospital gerou, acima de tudo, a satisfação dos pacientes e dos seus familiares, com relatos positivos frente à atenção especial e diferencial recebida durante o período de internação. CONCLUSÃO: Apesar do seu pouco tempo de atuação, o Projeto vem modificando a rotina hospitalar e vem consolidando-se como uma ferramenta essencial na promoção da saúde dos pacientes e familiares.

SÍNDROME XYY: RELATO DE CASO

Fátima Cleonice de Souza, Marjana Piana e Claus D. Dummer

INTRODUÇÃO: A síndrome XYY pode ser definida como uma aneuploidia de cromossomos sexuais, na qual o indivíduo recebe um cromossomo Y extra, apresentando cariótipo 47, XYY. Acredita-se que a incidência desta anomalia seja de 1 para cada 1.000 nativivos do sexo masculino. Entretanto, é encontrada em 2 a 3% dos homens que estão em instituições em virtude da dificuldade de aprendizagem ou comportamento antissocial criminoso. RELATO DE CASO: Apresentamos o relato de caso de um menino de 12 anos com atraso no aprendizado e na fala, assim como distúrbios no comportamento, sendo agressivo com os colegas na escola e com os familiares. Desde os 7 anos iniciou tratamento com fonoaudiólogo, psicólogo, neuropediatra e pedagogo. Sempre foi uma criança exigente, imatura emocionalmente, com prejuízo no raciocínio e pensamento lógico. Fez uso de metilfenidato e risperidona, mas, mesmo assim, repetiu por três vezes a 1ª série. Mantinha impulsividade e recusa na realização das tarefas escolares. Em relação ao desenvolvimento somático, encontra-se acima do percentil 75, conforme curva de estatura/idade do Centers for Disease Control and Prevention (CDC/2000) 7, tendo previsão de chegar a 182 cm aos 18 anos. Considerando que suas irmãs nunca tiveram dificuldades na escola e nos relacionamentos, foi indicada avaliação com geneticista, sendo solicitado estudo citogenético que teve como resultado cariótipo masculino, com 47 cromossomas e com complemento de cromossomos sexuais XYY. Clinicamente, os neonatos com tal trissomia não apresentam alterações fenotípicas aberrantes, podendo apenas haver malformações como clinodactilia, hérnia inguinal e pectus carinatum. Além disso, sinais como atraso na fala, leve déficit de aprendizagem, aumento da velocidade de crescimento durante a primeira infância, imaturidade emocional e alterações comportamentais devem ser investigados para tal cromossomopatia.

PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA

BRONQUIOLITE AGUDA: EVOLUÇÃO CLÍNICA EM PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO AMAZONAS

Brena Silva dos Santos, Carolina Vertemati Cavalieri, Silvana Gomes Benzecry, Aline Cristiane Corte de Alencar, Kelly Cristina Carim da Costa, Renata Ribeiro Malheiros e Fabio Bolzan Camargo

INTRODUÇÃO: A bronquiolite é uma inflamação das pequenas vias aéreas (bronquíolos) do trato respiratório inferior, geralmente de etiologia viral, que acomete crianças menores de 2 anos. Caracteriza-se por obstrução das vias aéreas e chiado. É uma importante causa de morbidade e hospitalização de lactentes. Aproximadamente 80% dos casos de BVA ocorrem durante o primeiro ano de vida, com um pico de incidência entre os 2 e os 6 meses de idade. A grande maioria das crianças com bronquiolite podem ser tratadas no domicílio, com apenas 1 a 3% necessitando de hospitalização, em que os fatores de riscos são: idade inferior a 12 semanas, antecedentes de prematuridade, doença cardiopulmonar ou imunodeficiência. OBJETIVO: Descrever as principais características clínicas dos pacientes internados no Instituto da Criança do Amazonas (ICAM) no período de Set/2010 a Mar/2011 com o diagnóstico de Bronquiolite Aguda. METODOS: Trata-se de um estudo observacional prospectivo em que foram estudados pacientes com diagnóstico de Bronquiolite Aguda internados no ICAM no período de Set/2010 a Mar/2011, de ambos os sexos e com idade inferior a 12 meses, excluindo-se aqueles com outras patologias associadas e os indígenas, aqueles que os pais não assinarem o TCLE e com prontuários incompletos. A coleta de dados será por meio de questionário que inclui anamnese e exame físico. Usamos como critério para baixo peso o Z-score < -1. Os dados serão apresentados de forma descritiva. RESULTADOS: Foram selecionados 41 pacientes, entretanto, 14 pacientes foram excluídos de acordo com os critérios de exclusão. O total de pacientes incluídos na pesquisa foi 27, dos quais 59% são do sexo masculino e 41% do sexo feminino. A média de idade foi de 4,3 meses. A frequência das principais manifestações prévias foi: falta de ar (18%), chiado (13%), obstrução nasal (13%), coriza (13%), tosse com catarro (12%), febre (9%), tosse seca (9%), vômitos após tosse (5%), diarreia (6%) e lábios roxos (2%). Identificamos que 11,1% dos pacientes estavam com z escore menor que -1. Nenhum paciente necessitou utilização de oxigênio, UTI, uso de ventilação mecânica e suspensão da dieta. CONCLUSÃO: Esses resultados são semelhantes aos verificados previamente em pesquisas realizadas em outras regiões do país.

PERFIL ETIOLÓGICO VIRAL NA DOENÇA OBSTRUTIVA DO TRATO RESPIRATÓRIO INFERIOR E FATORES ASSOCIADOS À RECORRÊNCIA DA SIBILÂNCIA

Carolina Valduga Bohrer, Sérgio Amantéa, Magali Lumertz e Adriana Becker

OBJETIVOS: Determinar a prevalência da etiologia infecciosa em lactantes admitidos em serviço de emergência pediátrica com quadro clínico presuntivo de doença obstrutiva do trato respiratório inferior e avaliar fatores de risco associados à recorrência da sibilância. MÉTODOS: Estudo transversal com coorte histórica alinhada, onde foram analisados 386 prontuários de lactentes menores de 2 anos admitidos na Sala de Observação Pediátrica do Hospital da Criança Santo Antônio, durante o período de maio de 2007 a julho de 2008 e com diagnóstico clínico de infecção respiratória associada à sibilância. PCR (reação em cadeia da polimerase) em tempo real foi a técnica realizada para o diagnóstico etiológico viral. Os testes de Mann-Whitney e qui-quadrado de Pearson foram utilizados para comparar as variáveis em questão. Para controlar fatores de confusão, a análise de Regressão Logística multivariada foi aplicada. RESULTADOS: Dos 386 pacientes analisados, 53,3% tiveram diagnóstico de Bronquiolite Viral Aguda (BVA) e 46,6% eram Lactentes Sibilantes (LS). Os pacientes LS são mais velhos comparados com os pacientes com diagnóstico de BVA (mediana, 3 versus 5). O agente etiológico mais prevalente é o Vírus Sincicial respiratório (VSR) em ambos os grupos. A presença de Rinovírus e Influenza A, entretanto, constituem- se como fatores de risco para a ocorrência de sibilância de repetição ($p < 0.05$). O aleitamento materno, somente, foi considerado fator de proteção (odds ratio, 0.53%; intervalo de confiança de 95%, 0.35-0.93). CONCLUSÃO: Considerando as duas principais formas de apresentação do processo obstrutivo na faixa etária: BVA e LS, existem diferenças no perfil das etiologias envolvidas. A presença de Rinovírus e Influenza A se constituem como fatores de risco para a ocorrência de sibilância de repetição. O aleitamento materno confere um fator de proteção.

USO DE CORTICOIDE NO TRATAMENTO DE BRONQUIOLITE AGUDA: AINDA UMA PRÁTICA FREQUENTE

Brena Silva dos Santos, Silvana Gomes Benzecry, Carolina Vertemati Cavalieri, Aline Cristiane Corte de Alencar, Kelly Cristina Carim da Costa e Renata Ribeiro Malheiros

INTRODUÇÃO: A bronquiolite é uma doença do trato respiratório inferior que ocorre comumente no primeiro ano de vida, caracterizada por alta morbidade e afeta aproximadamente uma em cada três crianças. As crianças são tratadas atualmente com uma variedade de terapias que podem ser ineficazes ou mesmo prejudiciais. As terapias potenciais incluem antibióticos, broncodilatadores, fisioterapia respiratória, adrenalina, glicocorticoides, hélio, solução hipertônica, imunoglobulina, corticosteroides inalatórios e oxigenioterapia. OBJETIVO: Verificar uso de corticoide em lactentes com diagnóstico de bronquiolite internados no Instituto da Criança do Amazonas (ICAM). MÉTODOS: Trata-se de um estudo observacional prospectivo em lactentes menores de 12 meses, no período de setembro de 2010 a março de 2011, internados no ICAM com diagnóstico de Bronquiolite aguda. Os pacientes foram acompanhados no primeiro e último dia de internação hospitalar, através protocolos específicos. Os pais ou responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. RESULTADOS: Foram selecionados 27 pacientes em que 59% eram do sexo masculino e 41% do sexo feminino. A média de idade e internação hospitalar foi de, respectivamente, 4,3 meses e 6,4 dias. Estavam em uso de corticoide no primeiro dia de internação hospitalar 96% dos lactentes. A corticoterapia foi feita em 67% dos pacientes por mais de 5 dias. Conclusão: Os achados desse estudo sugerem que a corticoterapia é uma pratica comum para tratamento de bronquiolite, apesar de vários estudos mostrarem que não há benefício em lactentes e crianças jovens no tratamento com corticoides sistêmicos, em comparação com placebo. Portanto, há uma necessidade de constante atualização médica, para que as crianças não sejam expostas desnecessariamente aos corticoesteroides.

SEGURANÇA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

INJÚRIAS NA INFÂNCIA: CAPACITAÇÃO DE CUIDADORES E EDUCADORES EM SUPORTE BÁSICO DE VIDA EM PEDIATRIA E DESOBSTRUÇÃO DE VIA AÉREA

Cecília Rotava Buratti, Árien Eliza Oldoni, Mariana Menegotto, Bianca Boff Sandi, Renata Steiner Bettiol e Sthephanie Schafer

INTRODUÇÃO: Injúrias na infância é uma das principais causas de mortalidade infantil no mundo, correspondendo a cerca de 950.000 óbitos por ano (1-4). No Brasil, acidentes e violência causam mais mortes que as principais doenças somadas, sendo que causas externas relacionam-se com 20 a 70% de todas as mortes infantis no país (5). Pela relevância do assunto, a OMS e a UNICEF lançaram um Relatório Mundial sobre Prevenção de Acidentes na Infância, reunindo estudos epidemiológicos, pesquisas, programas de capacitação e prevenção, sendo este dirigido a pesquisadores, especialistas em saúde pública, profissionais e acadêmicos (3). OBJETIVOS: Capacitação de educadores e cuidadores em suporte básico de vida e manejo de desobstrução de via aérea, visando reduzir morbimortalidade relacionada a injúrias na infância. MÉTODOS: A partir de aula ministrada por um pediatra emergencista e leitura e discussão de artigos científicos atualizados, realizamos oficina de treinamento prático em suporte básico de vida e manejo na desobstrução de via aérea para acadêmicos membros do CEPED (Centro de Estudos Pediátricos) com o auxílio de modelos humanos de borracha. Além disso, após revisão de condutas preconizadas, elaboramos algoritmos de fácil entendimento e embasados cientificamente para leigos contendo princípios básicos do suporte de vida e desobstrução de via aérea, os quais posteriormente foram entregues nas capacitações. Após esta primeira etapa, visitamos creches e escolas de educação infantil e realizamos a capacitação (teórica e prática) de educadores e cuidadores em suporte primário de parada cardiorrespiratória e primeiros socorros diante de obstrução de via aérea, uma vez que é de fundamental importância que pessoas que trabalham com crianças possuam tais conhecimentos. CONCLUSÃO: Pelo fato dos acidentes na infância serem muito frequentes e geradores de danos a curto e longo prazo, tais capacitações visam a alertar os profissionais da importância da conduta adequada diante deles, evitando medidas equivocadas. Quando bem executado, o manejo tem grande eficácia e sua não realização pode resultar em consequências graves.

TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

PERCEPÇÃO DOS PAIS EM RELAÇÃO À MORTE DE SEUS FILHOS

Gilda Abib El Halal, Crist Ine Nilson, Patricia Lago, Jefferson Piva, Roberta Lenz, Paulo Einloft, Michel El Halal, Pedro Celiny Garcia, Francisco Bruno, Felipe Cabral

OBJETIVO: Analisar a percepção dos pais de pacientes que morreram em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) em relação ao atendimento prestado pela equipe de saúde nos momentos que antecederam a morte das crianças. MÉTODOS: Estudo exploratório-descritivo, com uma abordagem qualitativa. Sujeitos: 15 pais de crianças que faleceram no período de abril a setembro de 2008 nas UTIP do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A coleta de dados foi realizada através de 3 etapas: (a) Os pesquisadores telefonaram para os pais para convidá-los a comparecer nos hospitais; (b) No hospital, os médicos que prestaram assistência às crianças esclareceram dúvidas em relação à terapia oferecida, exames e às decisões de final de vida; (c) Foi realizada uma entrevista semiestruturada, gravada em áudio, pelos pesquisadores que não participaram da assistência. RESULTADOS: A análise dos dados foi realizada através da técnica de análise de conteúdo temática. Os resultados demonstram que os pais sentem falta de um ambiente tranquilo onde possam realizar adequadamente as despedidas no momento da morte de seus filhos. Eles evidenciaram a solidariedade prestada pela equipe de enfermagem neste momento e ressaltaram o distanciamento da equipe médica. Retorna para discutir o processo de morte de seus filhos com a equipe médica foi considerada muito positiva. Os pais relataram que não participaram efetivamente na decisão de limitação de suporte vital, tendo na maioria das vezes apenas apoiado as decisões adotadas pela equipe. CONCLUSÃO: A pesquisa permite concluir que a dificuldade de comunicação entre equipe de saúde e pais é um fator que interfere negativamente nos processos de tomada de decisões de final de vida e de luto. Além disto, é ressaltada a importância de rediscussão do momento da morte dos filhos entre pais e equipe de saúde algum tempo após a morte.

PARTICIPAÇÃO DAS ENFERMEIRAS NAS DECISÕES DE LIMITAÇÃO DE VIDA EM UTI

Cristine Nilson, Jefferson Piva, Patricia Lago, Pedro Celiny Garcia, Paulo Einloft, Ana C. Vieira, Michel El Halal, Gilda Abib El Halal, Cecilia Korb, Cristian Tonial

OBJETIVO: Analisar a participação das enfermeiras nas decisões de limitação de suporte de vida (LSV), assim como o tratamento oferecido nas ultimas 24 horas de vida de crianças que

faleceram em duas UTI pediátricas de referência de nosso meio. MÉTODOS: O estudo foi baseado em (1) revisão do prontuário das crianças que faleceram em duas UTI pediátricas no período de seis meses, visando os cuidados médicos e de enfermagem ofertados nas últimas 24 horas de vida; (2) entrevista semiestruturada com a enfermeira que atendeu a criança nas horas que antecederam ao óbito. Foram definidos dois grupos de crianças: as que receberam reanimação cardiopulmonar (RCP) e aquelas não reanimadas (nRCP). RESULTADOS: Foram incluídos 34 óbitos, sendo 17 (50%) em cada grupo. O plano de não reanimar foi registrado em 10 dos 17 casos (59%). Somente 30% das enfermeiras referiram ter participado ativamente nas decisões de LSV e 80% delas concordavam com a decisão adotada pela equipe médica. Em 80% do grupo nRCP observou-se aumento das drogas vasoativas ou dos parâmetros do respirador nas últimas 24 horas. O trabalho de enfermagem medido pelo NAS score, não diferiu entre ambos grupos. CONCLUSÕES: Demonstramos que as enfermeiras brasileiras têm uma participação discreta nas decisões de Limitação de Suporte Vital em UTI pediátrica. Consequentemente, o cuidados oferecidos nas últimas horas de vida em criança com doenças terminais, muitas vezes, não são dirigidas primariamente ao alívio de sofrimento e dor.

C:\Users\pre04\Desktop\A000_AMRIGS\A000_AMRIGS Capa.cdr
quarta-feira, 29 de junho de 2011 19:23:31
Perfil de cores: Desativado

Composição Tela padrão

VOL. 55 – Nº2 – ABR.-JUN. 2011 / Suplemento

REVISTA DA AMRIGS – Publicação Oficial da Associação Médica do Rio Grande do Sul

Revista da AMRIGS

Publicação Oficial de Divulgação Científica da Associação Médica do Rio Grande do Sul - www.revistadaamrigs.org.br
Revista da AMRIGS – BL ISSN 0102 – 2105 – Vol. 55 – Nº2 – ABR./JUN. 2011 / Suplemento



IV CONGRESSO GAÚCHO DE ATUALIZAÇÃO EM PEDIATRIA

II Simpósio Sul-Americano de Pediatria



Encontro Anual da SRS

Porto Alegre, Centro de Eventos da PUCRS 7 a 9 de julho de 2011

ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO RIO GRANDE DO SUL

Entidade filiada à Associação Médica Brasileira – AMB
Fundação em 27/10/1951 – Av. Ipiranga, 5311 –
CEP 90610-001 – Porto Alegre – RS – Brasil
Tel.: (51) 3014-2001
www.amrigs.org.br

DIRETORIA DA AMRIGS 2008/2011
Presidente: Dr. Dirceu Rodrigues
Diretor Administrativo: Dr. Renato Lajús Breda
Diretor de Finanças: Dr. Alfredo Floro Cantalice Neto
Diretor do Exercício Profissional: Dr. Jorge A. B. Telles
Diretor Científico: Dr. Antonio Carlos Weston
Diretor de Assistência e Previdência: Dr. Marcelo S. Silveira
Diretor de Normas: Dr. Jair Rodrigues Escobar
Diretor de Relações Associativas e Culturais:
Dr. Jorge Utaliz Silveira
Diretor de Assuntos do Interior: Dr. Bernardo Avelino Aguiar

REVISTA DA AMRIGS

Editor Executivo: Prof. Dr. Renato Borges Fagundes
Editores Associados: Prof. Dr. Fernando Kowacs
Profa. Dra. Sandra Maria Vieira
Editora Honorífica: Profa. Dra. Themis Reverbel da Silveira

Conselho Editorial Internacional:
Juan Pablo Orcajada, MD, PhD (Hospital Universitario del Mar de Barcelona – Espanha), Ricardo Farre, PhD (Catholic University of Leuven – Bélgica), Eduardo De Stefani, MD (National Cancer Registry, Montevideo – Uruguai), Lissandra Dal'Ago, MD, PhD (Universidade Livre de Bruxelas – Bélgica)

Conselho Editorial Nacional:
Prof. Dr. Airton Stein (UFCSPA – POA – RS)
Prof. Dr. Altacilio Aparecido Nunes (USP – Ribeirão Preto – SP)
Prof. Dr. Antônio Pazin Filho (USP – Ribeirão Preto – SP)
Prof. Dr. Edson Zangiacomi Martinez (USP – Ribeirão Preto – SP)
Prof. Dr. Eduardo Barbosa Coelho (USP – Ribeirão Preto – SP)
Dr. Ilmar Kohler (ULBRA – POA – RS)
Prof. Dr. Joel Alves Lamounier (UFMG – B.Horizonte – MG)
Prof. Dr. Júlio Cezar Uili Coelho (UFP – Curitiba – PR)
Prof. Dr. Lauro Wichert Ana (USP – Ribeirão Preto – SP)
Profa. Dra. Luane Marques de Mello (USP – Ribeirão Preto – SP)
Prof. Dr. Marcelo Carneiro (UNISC – Santa Cruz do Sul – RS)
Prof. Dr. Paulo Augusto Moreira Camargos
(UFMG – Belo Horizonte – MG)
Profa. Dra. Themis Reverbel da Silveira (UFRGS – POA – RS)

Equipe administrativa: Ivan Carlos Guareschi (Gerente Executivo), Deisy de Azeredo Rosa (Supervisora UniAmrigs), Márcia Leandra Baldasso (Assistente Administrativo), Claudio dos Santos Nunes (Assistente Administrativo), Daniel Bueno (Tradutor)

Revisão: Camila Kieling
Editoração: Marta Castilhos

Comercialização e contato: AMRIGS
Fones: (51) 3014-2015 ou (51) 3014-2016
revista@amrigs.org.br

Indexada na base de dados LILACS.
Filiada à ABEC.

Associação Brasileira de Editores Científicos
ABEC

Revista da AMRIGS
Suplemento

VOL. 55 – Nº 2 ABR./JUN. 2011

DIRETORIA ASSOCIAÇÃO GAÚCHA DE PEDIATRIA – Gestão 2009/2011

Presidente | Jose Paulo Vasconcellos Ferreira
1º Vice-Presidente | Carlos Eduardo Nery Paes
2º Vice-Presidente | Érico Jose Faustini
Secretário - Geral | Rita de Cassia Silveira
1º Secretário | Cristina Helena Targa Ferreira
2º Secretário | Breno Fauth de Araújo
1º Tesoureiro | Eduardo Jaeger
2º Tesoureiro | Marcelo Pavese Porto
Conselho Fiscal | Lauro Luís Hagemann | Paulo Roberto Antonacci Carvalho | Juarez Cunha
Suplentes ao Conselho Fiscal | Alfredo Floro Cantalice Neto | Dilton Francisco de Araújo | Humberto Antônio Campos Rosa

Regionais
Escritório Regional Noroeste| Arnaldo Carlos Porto Neto | Oromar Vasconcelos Suertegaray
Escritório Regional Nordeste | Breno Fauth de Araújo | Darci Luiz Bortolini
Escritório Regional Centro Ocidental | José Carlos Diniz Barradase | Beatriz Silvana da Silveira Porto
Escritório Regional Centro Oriental | Fabiani Waechter Renner | Luciane Orlandini
Escritório Regional Sudoeste | Adalberto Rosses | Ana Maria Schmitt de Clausell
Escritório Regional Sudeste | José Aparecido Granzotto | Nildo Eli Marques Davila

Diretor de Patrimônio | Eduardo Jaeger
Diretora Científico e Coordenação Comitês | Patricia Miranda do Lago
Diretoria de Defesa Profissional | Marcelo Pavese Porto | Ilson Enk | Lucia Diehl da Silva
Clecio Homrich da Silva | Danilo Blank | Ercio Amaro de Oliveira Filho | João Carlos Batista Santana |
Luiz Fernando Loch | Paulo de Jesus Hartmann Nader | Ricardo Halpern
Assessor da Presidência | Suzane Cerutti Kummer
Programa Educação Permanente em Pediatria | Carlos Humberto Bianchi e Silva |
Ricardo Sukiennik | Ignozy Dorneles Jornada Junior
Editor Jornal SPRS | Marcelo Pavese Porto | Ricardo Sukiennik
Editor Boletim Científico | Cristiano do Amaral de Leon | Ignozy Dorneles Jornada Junior
Curso de Reanimação Neonatal | Eduardo Jaeger | | Paulo Roberto Mousquer Kunde
Curso de Reanimação Pediátrica| Luiz Fernando Loch
Coordenação da Rede Gaúcha de Neonatologia| Célia Maria Boff de Magalhães | Ivana Rosangela Santos Varella

Mensagem da Presidente do Congresso

Colegas pediatras:

É com alegria que damos as boas-vindas aos participantes do IV Congresso Gaúcho de Atualização em Pediatria e ao II Simpósio Sul-Americano de Pediatria. As três edições anteriores deste congresso consolidaram um modelo de sucesso de um evento que visa a atualização de nossos pediatras.

Finalmente, chegou a data de nosso Congresso Gaúcho, que continua no mesmo estilo, com modificações realizadas sempre para melhorar! Seguimos com sala única, com sessões de "pergunte ao professor", com os temas escolhidos por vocês em pesquisa prévia e com a possibilidade de reencontros com os colegas. Haverá também uma área para apresentação de temas livres e vários excelentes cursos pré-congresso. Neste ano de 2011, temos a novidade da publicação dos anais do congresso numa edição especial da Revista AMRIGS.

O Congresso oportuniza aos pediatras aprofundar alguns conhecimentos em prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças infantis, assim como a abordagem integral das crianças e adolescentes.

Os temas foram elaborados com o objetivo de atualizar os assuntos do atendimento pediátrico, com suas implicações práticas. Este ano teremos novamente convidados estrangeiros, da América do Sul, que virão para trocar experiências.

Entre os temas de maior relevância científica, teremos conferências importantes sobre a epidemia dos prematuros, os desafios pediátricos, as perspectivas imediatas das células tronco em neuropediatria, os transtornos psiquiátricos e os de comportamento das crianças, e muitos outros temas relevantes no dia a dia do pediatra.

Teremos a entrega de prêmios aos três melhores temas livres, que serão escolhidos entre todos os trabalhos enviados.

Dedicamos todo nosso esforço para oferecer a vocês um congresso proveitoso e cheio de novidades científicas.

O Congresso é de vocês. Aproveitem!

Cristina Targa Ferreira
Presidente do IV Congresso Gaúcho de Pediatria
e II Simpósio Sul-Americano de Pediatria

Atualização científica e defesa profissional

O IV Congresso Gaúcho de Atualização em Pediatria celebra notáveis avanços de uma especialidade ao agregar novos conhecimentos, consolidar fundamentos científicos estabelecidos, incorporar inovações de especialidades pediátricas e fortalecer as ações das entidades voltadas a defender e promover as boas práticas da pediatria em nosso estado e nosso país. A Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul, sintonizada com a Sociedade Brasileira de Pediatria, sente-se orgulhosa ao viabilizar mais uma edição de um evento que alcançou dimensões de uma consagração sequer imaginada pelo pequeno grupo de diretores que organizaram a primeira edição, em 2008. Hoje, o congresso é continental e recebe o apoio de diversas sociedades de pediatria de países vizinhos.

A atualização científica constitui o núcleo do evento, mas as suas finalidades transcendem este aprimoramento. Um congresso projetado para reunir mais de mil participantes se insere inevitavelmente nos preceitos da Doutrina Pediátrica, que envolve a Defesa Profissional dos médicos e da especialidade dedicados a promover a saúde e lidar com as morbidades das crianças e adolescentes do nosso país.

E a Pediatria alcançou uma visibilidade na mídia que pode significar um "grito de alerta" para despertar na sociedade como um todo e nos organismos governamentais a consciência de que as precárias condições de trabalho e a remuneração indigna ofertadas aos pediatras conduzirão inevitavelmente à falência completa de qualquer sistema de saúde, público ou privado.

A Sociedade Brasileira de Pediatria, com suas filiadas, tem conduzido diversas ações junto ao Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde, Prefeituras Municipais, Operadoras de Planos de Saúde e Cooperativas Médicas no sentido de valorizar o trabalho do pediatra, tanto em termos de condições básicas para um exercício pleno da profissão como na necessária contrapartida remuneratória, muitas vezes aviltada e indigna. Muito há ainda por fazer, mas as perspectivas são favoráveis, sobretudo quando vislumbramos a atuação forte de entidades como o Conselho Federal de Medicina, os conselhos regionais, a Federação Nacional dos Médicos, os sindicatos médicos e as associações médicas.

Agregar forças e mobilizar colegas são os ingredientes vitais para reverter o quadro atual.

A Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul evoca um exemplo emblemático que serve de alento em época de tanto ceticismo. Em 2008, nomeou representantes atuantes no Comitê Técnico de Pediatria da Unimed Porto Alegre. Com o respaldo da V Edição da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos e após exaustivas negociações, este comitê, que é pareado com representantes da cooperativa, obteve histórica conquista ao incorporar no Atendimento Ambulatorial de Puericultura uma remuneração significativamente diferenciada. O resultado foi cristalino: em 2010, o faturamento dos pediatras da Unimed Porto Alegre ultrapassou em mais de 11% o valor obtido em 2009. No ano em curso, as cifras estão ainda mais alentadoras.

A Diretoria de Defesa Profissional da Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul, composta também pelo Dr. Marcelo Porto e Dra. Lucia Diehl da Silva, desejam a todos um excelente Congresso. Lembra que todos devem permanecer atentos e mobilizados frente às iniciativas das entidades médicas empenhadas em valorizar e dignificar o trabalho médico. As leis de mercado são pétreas ao ditarem que a falta de profissionais, conjugada com a sua mobilização, concorrem para elevar a sua remuneração.

Para finalizar, a Diretoria de Defesa Profissional cumprimenta o presidente da SPRS, Dr. José Paulo Ferreira, o vice-presidente, Dr. Carlos Eduardo Neri Paes, e os colegas diretores que proporcionaram mais esta edição do Congresso Gaúcho de Pediatria, fruto de muito esforço e competência: Dra. Cristina Targa Ferreira, Dra. Patrícia Lago, Dr. Jefferson Piva, Dr. Marcelo Porto, Dr. Ricardo Halpern, Dra. Helena Muller, Dra. Cristiane Traiber, Dra. Rita de Cássia Silveira, Dr. Eduardo Jaeger e todos os demais organizadores do evento que consolida a importância do pediatra gaúcho no cenário nacional da especialidade.

Dr. Ilson Enk

Diretor de Defesa Profissional da SPRS

A pediatria Brasileira no século XXI

Em 1977, Ken Olson (Presidente da *Digital Equipment Corp*) prognosticava: "Não via razão alguma para alguém querer possuir um computador em casa". Menos de uma década após, caía por terra esse prognóstico. É de se perguntar como alguém com tamanho conhecimento e experiência em informática não conseguiu prever que os computadores pessoais se tornariam, em curto prazo, peças fundamentais para as famílias em todo o mundo. Conclui-se que prever o futuro é uma tarefa arriscada e sujeita a erros grosseiros, mesmo para aqueles que conhecem detalhadamente o assunto.

No campo da saúde, a previsão do futuro pode ser baseada na identificação de novos desafios. Nesse particular, o Brasil vem apresentando profundas mudanças no cenário econômico nos últimos 40 anos e com reflexos nos indicadores de saúde, especialmente na área pediátrica: a) entre 1970 e 2009, reduziu a mortalidade infantil de 115 para 19 em cada 1000 nascidos vivos; b) erradicou doenças como sarampo, varíola e difteria; c) ampliou a cobertura vacinal; d) consolidou políticas de aleitamento materno e hidratação oral; e)reduziu a desnutrição e a incidência da doença diarreica, entre outras. Entretanto, para atingirmos a nação que todos almejamos, novas barreiras e novos desafios devem ser ultrapassados, tais como:

Enfrentamento da mortalidade neonatal, responsável por 50 a 60% dos óbitos no 1º ano de vida. A grande maioria dessas mortes ocorre na primeira semana de vida seguida de uma mortalidade tardia decorrente de doenças congênitas. Evidentemente, além das medidas preventivas (acompanhamento pré-natal), deve-se prover uma rede de assistência neonatal com hospitais de referência para partos de maior risco, com UTI neonatais e pediatras neonatologistas em suficiente número para tal demanda. Atenta a esse problema, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) aumentou para dois anos o tempo de residência em neonatologia e realiza anualmente a prova de conhecimentos para titulação em neonatologia. Resta cobrar uma política de aumento do número de leitos neonatais proporcionais às necessidades de cada região. Deve-se reverter a enorme carência de leitos em hospitais secundários e terciários em nosso país, elegendo uma distribuição racional (estratégica) de unidades neonatais de grande porte e de referência em cada região.

Adolescência com prioridade. Há mais de duas décadas a adolescência foi definida pela SBP como área da pediatria. Entretanto, pode-se afirmar que os pediatras brasileiros, até esse momento, não foram treinados e/ou instrumentalizados para assumir desafio. Observa-se uma prevalência crescente de doenças crônicas na adolescência com elevado grau de morbidade, tais como obesidade/ síndrome metabólica (13%), diabetes (5,7%), asma (10%), doenças reumáticas, autoimunes, oncológicas e outras, que exigem um acompanhamento por pediatra experiente e seguro no manejo de tais doenças. A habilitação do pediatra nessas áreas demanda tempo, integração com outras especialidades (clínica médica, oncologia, endocrinologia, etc.) e, por consequência, uma ampliação no tempo de formação (residência médica).

Outro dado alarmante é o elevado número de gestações entre adolescentes. Em 2008, estimou-se que 20% dos recém-nascidos no Brasil eram de mães adolescentes. Caracteristicamente, partos com maior morbidade e mortalidade neonatal. Aliado a esse fato, observou-se no mesmo ano que 20% de todas as gestações eram indesejadas, com uma incidência muito maior entre adolescentes. Consequentemente, a taxa de abortos (clandestinos) é elevadíssima nessa faixa etária, com uma morbimortalidade também elevada. No mesmo ano, estimou-se em um milhão o número de abortos realizados no Brasil, para um total de três milhões de nascimentos. O ginecologista e o obstetra acabam participando desse processo em uma etapa tardia, com a gestação já em andamento. Assim, o profissional que tem a chance de mudar esse ciclo perverso é o pediatra, por seu contato frequente com sua clientela, através de uma atuação educacional preventiva (orientação sobre prática de sexo seguro) e intervenção médica, com a identificação e prescrição do método anticoncepcional mais adequado e seguro para aquela paciente. Evidentemente, necessitará ser adequadamente treinado e habilitado para tal desafio.

Desafios éticos em pediatria. Cuidados paliativos, terminalidade, anticoncepção, prática sexual na adolescência, aborto, uso de álcool e drogas são temas que vêm sendo incluídos progressivamente na agenda pediátrica, sem que tenhamos tido treinamento e tampouco incorporado as devidas noções teóricas mínimas que envolvem tais dilemas. A premência dos fatos não permite maiores postergações, por isso, tais assuntos devem ser considerados prioritários no treinamento dos atuais programas de residência em pediatria.

Pacientes com necessidades especiais: reabilitação, home care e qualidade de vida. À medida que aumentamos a sobrevida em uma série de doenças, paralelamente, aumentamos também o número de crianças e adolescentes com necessidades especiais (p.ex.: fibrose cística, sequelas neurológicas, doenças metabólicas, transplantes). Não é viável que cada pediatra se torne experiente com cada uma dessas doenças.

Entretanto, em cada estado ou região é necessário que se desenvolvam centros de cuidados para reabilitação e melhora na qualidade de vida das diferentes doenças. Esse foi o modelo instituído pelos hospitais da rede Sara para tratar pacientes com graves sequelas de trauma e isso pode, perfeitamente, ser ampliado e extrapolado para pacientes com sequelas neurológicas, dependentes de ventilação mecânica, sequelas respiratórias, entre outras. Portanto, estamos trocando leitos hospitalares pediátricos gerais por leitos especializados para populações pediátricas específicas. Algumas iniciativas isoladas em vários estados brasileiros demonstram a eficácia de tal inciativa.

Por sinal, a eficácia de nossas futuras intervenções necessita ser expressa através de índices mais sensíveis. Pois, a mortalidade isoladamente não consegue refletir ou acompanhar de maneira sensível a evolução da saúde da criança e do adolescente já nos dias atuais. Indicadores que expressem a qualidade de vida, a reabilitação, a inclusão social, a produtividade, a contribuição social devem ser desenvolvidos para nortear as ações da pediatria no início desse século XXI.

Prof. Dr. Jefferson Piva

Professor dos Departamentos de Pediatria da UFRGS e PUCRS. Chefe da UTI Pediátrica do H. São Lucas da PUCRS. Chefe do Serviço de Emergência do HCPA.

Programa

Quarta-feira, 06 de julho de 2011

08:00 Curso Pré-Congresso / Sala 608
Capacitação em Desenvolvimento e Comportamento da Criança
Promoção do desenvolvimento normal
Antecipatory guidance
Intervenção precoce
A criança vulnerável - fatores de risco e proteção
Métodos de triagem
O que identificar? quadros clínicos mais comuns
Treinamento em métodos de triagem
Discussão de casos clínicos

08:00 Curso Pré-Congresso / Sala 606
Endocrinologia para pediatras
Diagnóstico e manejo do diabete mellitus
Diagnóstico e tratamento da baixa estatura
Hipotireoidismo na infância
Hipoglicemias na infância
Puberdade normal e patológica
Dislipidemia na infância
A criança nascida pequena para idade gestacional
Diabete tipo 2 e resistência insulínica

08:00 Curso Pré-Congresso / Sala 609
Oftalmologia para pediatras
Ametropias
Estrabismo e ambliopia
Obstrução de via lacrimal
Conjuntivites
Propranolol no tratamento dos hemangiomas de face
Retinopatia da prematuridade
Teste do olhinho
Prevenção da cegueira infantil e estimulação visual precoce

08:00 Curso Pré-Congresso / Sala 607
Ortopedia para pediatras: queixas comuns na prática diária
Problemas da coluna vertebral
Problemas dos membros superiores
Problemas dos membros inferiores
Diagnóstico clínico e radiográfico das deformidades e malformações mais frequentes
Panorama geral, diagnóstico e tratamento das fraturas em crianças
Perguntas e discussão sobre todos os temas abordados e outros de interesse da Ortopedia Pediátrica

14:00 Curso Pré-Congresso / Sala 607
Curso prático de Radiologia
Lesões ósseas elementares
Alterações mais comuns na radiografia de tórax da criança
Alterações mais comuns na radiografia de abdome da criança
Lesões elementares mais frequentes na tomografia computadorizada de crianças

14:00 Curso Pré-Congresso / Sala 609
Odonto para pediatras
O processo de formação e erupção dentária e suas anomalias
O que fazer frente as urgências odontopediátricas?
O respirador bucal no nosso consultório. Como ajudar?
Maloclusão em odontopediatria: uso da ortopedia funcional dos maxilares e ortodontia

14:00 Curso Pré-Congresso / Sala 606
Otorrino para pediatras
Simplificando a otoscopia e seus diagnósticos
É realmente sinusite?
OMA: tratamento e suas controvérsias
Ainda se operam amígdalas e adenoides?
Otite externa: atualização e importância
Tubos de ventilação (drenos): solução ou problema?
Por que falham os sprays nasais?

Quinta-feira, 07 de julho de 2011

08:30 Mesa Redonda / Sala 1
Infecções em Pediatria
Coordenador: Fabrízio Motta (Brasil/RS)
Novas vacinas
Palestrante: Juarez Cunha (Brasil/RS)
Pneumonias comunitárias: o que mudou?
Palestrante: Marcelo Comerlato Scotta (Brasil/RS)
Coqueluche na criança
Palestrante: Ana Cristina Mariño Drews (Colômbia)

09:30 Sessão / Sala 1 / Pergunte ao Professor

10:00 Intervalo

10:30 Mesa Redonda / Sala 1
Gastro
Coordenador: Matias Epifanio (Brasil/RS)
Doença colestática na infância
Palestrante: Margarita Ramonet (Argentina)
Alergia ao leite: o manejo pelo pediatra
Palestrante: Elisa Carvalho (Brasil/DF)
Probióticos: qual a evidência?
Palestrante: Sandra Maria Gonçalves Vieira (Brasil/RS)

11:30 Sessão / Sala 1 / Pergunte ao Professor

12:00 Simpósio Satélite / Sala 1

14:00 Palestra / Sala 1
Epidemiologia
Presidente de mesa: Cristina Targa Ferreira (Brasil/RS)
Epidemia de pré-termos
Palestrante: Fernando C. Barros (Brasil/RS)

14:30 Mesa Redonda / Sala 1
Desafios Pediátricos
Coordenador: Carlos Eduardo Nery Paes (Brasil/RS)
A pediatria no novo milênio: perspectivas
Palestrante: Jefferson Piva (Brasil/RS)
Novos horizontes em oncologia pediátrica
Palestrante: Cláudio Galvão de Castro Junior (Brasil/RS)
Uso de antitérmicos: quando e como
Palestrante: Danilo Blank (Brasil/RS)

15:30 Sessão / Sala 1 / Pergunte ao Professor

16:00 Intervalo / Sala 1

16:30 Simpósio Satélite – Abbott / Sala 1

17:30 Mesa Redonda / Sala 1
Cardiologia
Coordenador: Helena Muller (Brasil/RS)

Doença de Kawasaki
Palestrante: Patricia Barrios (Brasil/RS)
Sopro na infância: quando é "inocente"?
Palestrante: Estela Suzana Horowitz (Brasil/RS)
Por que a medida da TA deve ser rotina na consulta pediátrica?
Palestrante: Lucia Campos Pellanda (Brasil/RS)

18:30 Sessão / Sala 1 / Pergunte ao Professor

Sexta-feira, 08 de julho de 2011

08:00 Mesa Redonda / Sala 1
Otorrinolaringologia
Coordenador: Otávio Piltcher (Brasil/RS)
Otite média aguda: antibiótico nunca ou sempre?
Palestrante: José Faibes Lubianca Neto (Brasil/RS)
Faringotonsilites: papel do otorrino
Palestrante: Maria Beatriz Rotta Pereira (Brasil/RS)
Rinossinusite Aguda: viral ou bacteriana?
Palestrante: Berenice Dias Ramos (Brasil/RS)

09:00 Sessão / Sala 1 / Pergunte ao Professor

09:30 Conferência / Sala 1
Dengue
Presidente de mesa: Cristiane Traiber (Brasil/RS)
Conferencista: Sérgio Gama (Brasil/RJ)

10:00 Intervalo

10:30 Mesa Redonda / Sala 1
Emergência – UTI
Coordenador: João Ronaldo Mafalda Krauzer (Brasil/RS)
Reconhecimento e tratamento do choque
Palestrante: Pedro Celiny Ramos Garcia (Brasil/RS)
Terapia hídrica de manutenção: o que se recomenda
Palestrante: Alicia Maria Fernandez Fernandez (Uruguai)
Trauma craniano: tratamento na SE e UTIP
Palestrante: Sérgio Gama (Brasil/RJ)

11:30 Sessão / Sala 1 / Pergunte ao Professor

12:00 Simpósio Satélite – Nestlé / Sala 1

14:00 Palestra / Sala 1
Perspectivas imediatas de células tronco em neuropediatria
Presidente de mesa: Jefferson Piva (Brasil/RS)
Palestrante: Jaderson Costa da Costa (Brasil/RS)

14:30 Mesa Redonda / Sala 1
Neurologia
Coordenador: Rudimar Riesgo (Brasil/RS)
Epilepsia de difícil controle
Palestrante: Marta Hemb (Brasil/RS)
Cirurgia da epilepsia: quando e por quê?
Palestrante: Eliseu Paglioli Neto (Brasil/RS)
Cefaleia na criança
Palestrante: Liselotte Menke Barea (Brasil/RS)

15:30 Sessão / Sala 1 / Pergunte ao Professor

16:00 Intervalo

16:30 Mesa Redonda / Sala 1
Desenvolvimento
Coordenador: José Paulo Ferreira (Brasil/RS)
Crianças com necessidades especiais
Palestrante: Ricardo Halpern (Brasil/RS)
Autismo
Palestrante: Fábio Mello Barbirato Nascimento Silva (Brasil/RJ)
Déficit de atenção
Palestrante: Luis Augusto Paim Rohde (Brasil/RS)

17:30 Sessão / Sala 1 / Pergunte ao Professor

Sábado, 09 de julho de 2011

08:00 Mesa Redonda / Sala 1
Pneumologia
Coordenador: Elenara da Fonseca Andrade Procianoy (Brasil/RS)
Pneumonia não responsiva ao tratamento
Palestrante: Paulo Maróstica (Brasil/RS)
Asma: manejo da intercrise
Palestrante: Paulo Márcio Condessa Pitrez (Brasil/RS)
Bronquiolite viral aguda: o que há de novo?
Palestrante: José Castro Rodriguez (Chile)

09:00 Sessão / Sala 1 / Pergunte ao Professor

09:30 Conferência / Sala 1
Pneumologia
Presidente de mesa: Gilberto Fischer (Brasil/RS)
Asma aguda na emergência
Conferencista: José Castro Rodriguez (Chile)

10:00 Intervalo

10:30 Mesa Redonda / Sala 1
Neonatologia
Coordenador: Desiree de Freitas Valle Volkmer (Brasil/RS)
Nutrição do pré-termo após a alta
Palestrante: Rita de Cassia Silveira (Brasil/RS)
Sepse neonatal
Palestrante: Renato Soibelmann Procianoy (Brasil/RS)
Manejo das Icterícias no período neonatal
Palestrante: Marcelo Pavese Porto (Brasil/RS)

11:30 Sessão / Sala 1 / Pergunte ao Professor

12:00 Intervalo

14:00 Conferência / Sala 1
Identificação precoce de transtornos psiquiátricos na infância
Presidente de mesa: Erico José Faustini (Brasil/RS)
Conferencista: Fábio Mello Barbirato Nascimento Silva (Brasil/RJ)

14:30 Mesa Redonda / Sala 1
O Cenário atual da pediatria na América Latina
Coordenador: Eduardo da Silva Vaz (Brasil/RJ)
Sociedade de Pediatria da Colombia
Palestrante: Ana Cristina Mariño Drews (Colômbia)
Sociedade de Pediatria do Uruguai
Palestrante: Alicia Maria Fernandez Fernandez (Uruguai)
Sociedade de Pediatria da Argentina
Palestrante: Margarita Ramonet (Argentina)
Discussão

16:00 Intervalo

16:30 Mesa Redonda / Sala 1
Problemas urinários na infância
Coordenador: Anelise Uhlmann (Brasil/RS)
Protocolo atual de investigação e tratamento da infecção do trato urinário
Palestrante: Clotilde Druck Garcia (Brasil/RS)
Alterações anatômicas e funcionais do trato urinário: o que fazer?
Palestrante: Nicolino César Rosito (Brasil/RS)
Retirando as fraldas na hora certa
Palestrante: Denise Marques Mota (Brasil/RS)

17:30 Encerramento / Sala 1
Entrega dos prêmios dos três melhores trabalhos e relatório do fórum

Novas vacinas

Juarez Cunha

Especialistas no assunto dizem que as vacinas serão o segmento do ramo farmacêutico que mais vai crescer nos próximos anos.

Necessidades e vantagens de novas vacinas:

- Prevenção *versus* diagnóstico e tratamento – custo benefício;
- Em geral eficazes e protetoras por longo prazo;
- Em geral muito seguras;
- Benefícios individuais e coletivos – imunidade coletiva.

As principais novidades em relação à produção de novas vacinas incluem: vacinas de DNA, vacinologia reversa, prime boost, imunoterapia, vetores não replicantes, vacina de mucosa e novos adjuvantes.

Segundo a OMS, existem mais de 2.500 trials em andamento que envolvem vacinas. A seguir, alguns exemplos de vacinas que estão em diferentes fases de pesquisa:

- Bacterianas: Streptococo do grupo A e B, Pneumococo, Meningococo, Hi não tipado, Pseudomonas, Micobacterias (TB);
- Virais: VSR, HIV, Influenza, EBV, Herpes, Dengue, West Nile/arboviroses, Hepatites (C e E), CMV;
- Fungos: Candida, Criptococo, Blastomyces;
- Parasitas/Doenças tropicais: Malária, Hanseníase, Esquistosomose, Amebíase, Leishmaniose, Filariose;
- Doenças não infecciosas: Neoplasias, doenças reumáticas.

Porém, não podemos falar de novas vacinas se várias delas, já disponíveis e há muito tempo recomendadas pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), pela Associação Brasileira de Imunizações (SBIm), e mesmo pelo Ministério das Saúde (MS), ainda são subutilizadas. A seguir alguns exemplos.

• Vacinas contra o pneumococo: recentemente a vacina conjugada 10 valente foi incluída no calendário do MS para crianças até os 2 anos. É importante salientar que outra vacina conjugada, a 13 valente, está licenciada no Brasil até os 5 anos e nos EUA, além de ser recomendada pelo CDC uma dose adicional para crianças até essa idade que tinham recebido a vacina 7 valente, também é indicada para crianças com situações de risco até os 6 anos e em imunodeprimidos até os 18 anos. Lembrar também da vacina polissacarídica 23 valente que tem como indicação pessoas com fatores de risco para a bactéria, a partir dos 2 anos de idade.

• Vacina contra o meningococo: também recentemente a vacina meningocócica conjugada C foi incluída no calendário do MS para crianças até os 2 anos. Essa vacina pode ser utilizada em qualquer idade. Em breve, teremos disponível em nosso meio a vacina meningocócica conjugada A/C/Y/W135, com ótima proteção para sorotipos que estão aumentando de importância no Brasil e no mundo, principalmente entre adolescentes.

• Vacina contra a gripe: a campanha do MS, além de outros grupos, na faixa pediátrica priorizou a vacina para crianças de 6 meses a 2 anos. O CDC e a SBIm indicam a vacina praticamente para todas as pessoas, ou seja, de indicação universal.

• Vacina tríplice bacteriana acelular: vacina com possibilidade muito menor de causar eventos adversos se comparada com a vacina com o componente pertussis de células inteiras. É colocada como opcional pela SBP e única recomendada pelo CDC. Outra vacina acelular para uso em adolescentes e adultos (dTap), pelo aumento mundial da incidência da coqueluche, está cada vez mais se tornando uma melhor opção para os reforços em substituição à dupla adulto.

• Vacina inativada contra a poliomielite: por ser inativada, não tem como causar paralisia vacinal, evento adverso raro que pode acontecer com a vacina oral de vírus vivos atenuados. É colocada como opcional pela SBP e única recomendada pelo CDC.

• Vacina contra o Hib: é necessária a dose de reforço após 1 ano de idade? Especialistas sugerem que, como todas as vacinas conjugadas, a resposta é sim. O CDC e a SBIm recomendam o reforço.

• Vacina contra a hepatite B: baixíssimas coberturas em adolescentes, exatamente em uma idade de risco para a transmissão sexual.

Vacinas não disponíveis na rotina da rede básica de saúde:

• Vacina contra a hepatite A: indicada para todas as crianças a partir de 1 ano de idade, em duas doses, com

6 meses de intervalo entre elas. Dentro das vacinas atualmente utilizadas, é considerada uma das mais seguras e eficazes. Raramente causa evento adverso e confere proteção rapidamente, com uma eficácia de 100% após 15 dias da primeira dose. Pode ser utilizada na pós-exposição dentro de 14 dias.

• Vacina contra a varicela: indicada para todas as crianças a partir de 1 ano de idade, em duas doses. A primeira aos 12-15 meses de idade e a segunda entre 4-6 anos. Por ser composta de vírus vivo atenuado, lembrar das contraindicações, principalmente em imunodeprimidos. Pode ser utilizada na pós-exposição à doença dentro de até 5 dias. Recentemente foi licenciada no Brasil a vacina tetraviral (sarampo+rubéola+caxumba+varicela) para utilização dos 12 meses aos 12 anos. Opção segura e eficaz, diminuindo o número de picadas.

• Vacina contra o papilomavirus humano (HPV): principal causador de câncer de colo de útero. Indicada para meninas, de preferência aos 11 ou 12 anos de idade, antes da vida sexual ativa. Temos duas vacinas disponíveis, uma delas protegendo contra os HPV 16 e 18 e outra contra 6, 11, 16 e 18. As vacinas estão licenciadas no Brasil dos 9 aos 26 anos ou dos 10 aos 25, dependendo do laboratório produtor, podendo ser utilizadas nessas faixas etárias. Recentemente o Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) do CDC, passou a orientar que a vacina quadrivalente pode ser utilizada em meninos/homens dos 9 aos 26 anos com o objetivo de proteção em relação às verrugas genitais (condilomas). Além disso, se espera para breve a liberação dessas vacinas em outras faixas etárias e situações, como, por exemplo, em imunodeprimidos.

Pneumonias comunitárias: o que mudou?

Marcelo Scotta

A pneumonia comunitária persiste sendo uma importante causa de morbimortalidade na infância em todo o mundo. Entretanto, os estudos epidemiológicos foram, em sua maioria, publicados nas décadas de 70 e 80, revelando incidência 35-40/1.000 em menores de 5 anos, 20/1.000 entre 5 e 10 anos e 10/1.000 em maiores de 10 anos, com hospitalização de até 50%, dependendo da faixa etária. No tocante à etiologia, também são raros os estudos publicados na última década, cujos resultados reafirmam o *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) como principal causa de pneumonia comunitária em todas as idades. Entretanto, os demais achados são variáveis de acordo com o desenho do estudo, a faixa etária estudada, a severidade dos pacientes selecionados e o tipo de testes realizados na busca pela etiologia. Em estudos apenas com paciente hospitalizados, o *Streptococcuus pneumoniae* é responsável por cerca de 35-45% dos casos, com o *Mycoplasma pneumoniae* acometendo cerca de 10-15% e o Vírus Respiratório Sincicial responsável por 13 a 29% dos casos. No entanto, a detecção de antígenos virais ou PCR para vírus respiratórios revela, com frequência, infecções virais mistas ou virais e bacterianas simultaneamente, sugerindo que muitas vezes os vírus podem apenas preceder uma pneumonia bacteriana sem haver uma relação causal direta. Na última década, foram descobertos dois novos agentes virais causadores de pneumonias na infância, o Metapneumovírus e o Bocavírus. Em relação ao primeiro, os estudos publicados sugerem que este seja o agente causador de 5-8% das pneumonias comunitárias, sendo muito semelhante ao Vírus Sincicial Respiratório em relação à sua epidemiologia, quadro clínico e laboratorial. O Bocavírus humano esteve presente em 5-14% das pneumonias comunitárias investigadas, com mais de 65% de coinfecções, sendo o seu papel na etiologia ainda não bem esclarecido. As manifestações clínicas da pneumonia comunitária também não têm sido abordadas, recentemente, por grande número de estudos. Contudo, consolidam-se as evidências de que os quadros clínico, radiológico e laboratorial não são, na maioria das vezes, suficientemente sensíveis para diferenciar as etiologias virais, pneumocócicas e atípicas, podendo dificultar a escolha da terapia. A penicilina persiste como a droga de escolha para as infecções pneumocócicas, visto que a concentração da droga é elevada no tecido pulmonar, sendo eficaz mesmo contra cepas com resistência intermediária. No entanto, a resistência do pneumococo aos macrolídeos tem aumentado, o que pode inviabilizar uma terapia única para os dois agentes bacterianos mais prevalentes. Devido à escassez de renovação do conhecimento médico relacionado a este importante tema, há necessidade urgente de novos estudos sobre a epidemiologia, etiologia, quadro clínico e tratamento de pneumonias comunitárias em crianças.

Alergia Alimentar

Elisa de Carvalho

Introdução

A alergia alimentar (AA) é um tema importante em pediatria, pois pode se associar à importante morbidade, com impacto negativo na sobrevida e na qualidade de vida da criança, se não for tratada adequadamente. Trata-se de uma reação adversa à proteína alimentar, mediada por mecanismos imunológicos.

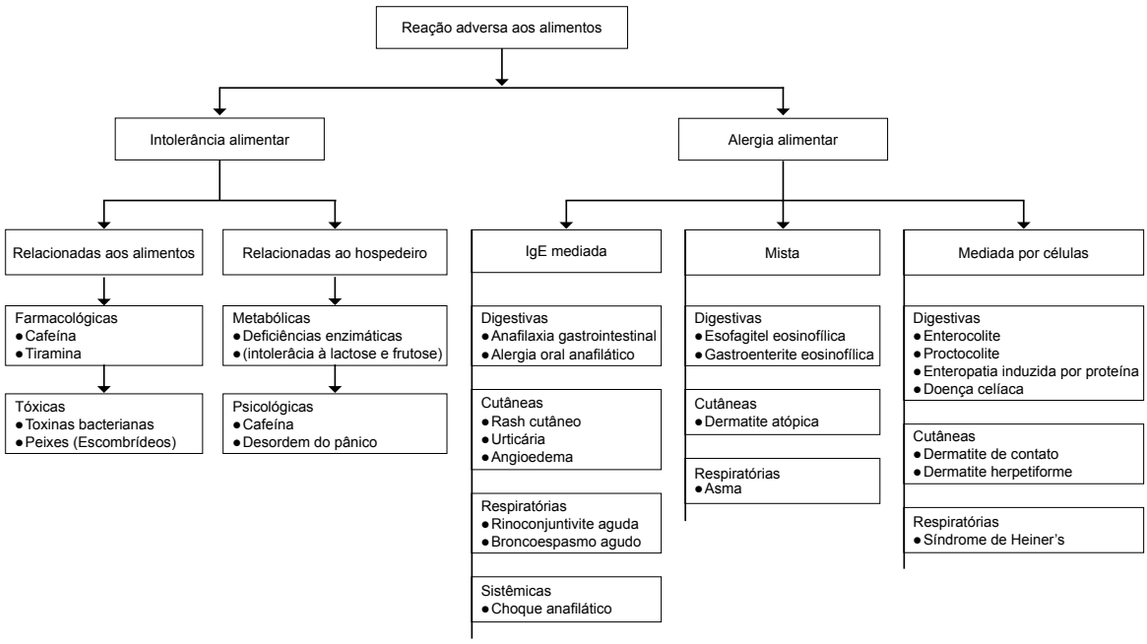
A reação adversa ao alimento consiste em resposta clínica anormal, desencadeada pela ingestão de um alimento, sendo classificada em alergia e intolerância. A alergia alimentar é decorrente de mecanismos imunológicos, IgE e não IgE mediados. As reações de intolerância são decorrentes das propriedades inerentes dos alimentos (contaminantes tóxicos ou componentes farmacologicamente ativos) ou das características dos hospedeiros (desordens metabólicas, reações idiossincrásicas ou psicológicas). A Figura 1 ilustra estes conceitos.

Muitas vezes os casos de intolerância alimentar se confundem com os de alergia, o que pode superestimar o diagnóstico de AA pelos pacientes e suas famílias. Por outro lado, a possibilidade de alergia à proteína ao leite de vaca (APLV) é muitas vezes esquecida nos cuidados primários da criança, o que atrasa o diagnóstico, trazendo prejuízos para os pacientes. Assim, deve-se buscar o diagnóstico correto, tanto para evitar que os pacientes façam restrição alimentar desnecessária, como para propiciar que as crianças sensibilizadas sejam tratadas precocemente e, desta forma, não sofram as consequências da alergia alimentar, que vão desde o déficit de crescimento até as condições que ameaçam a vida.

Epidemiologia

A prevalência da alergia alimentar é difícil de ser estabelecida, pois os estudos publicados aplicam diferentes critérios de inclusão, definições e métodos diagnósticos. Apesar das dificuldades diagnósticas, sabe-se que a prevalência da AA é maior em lactentes e crianças (6% a 8%) e decresce com a idade, acometendo 4% dos adultos. O risco do desenvolvimento de atopia em recém-nascidos e lactentes aumenta, se um dos pais ou irmão tiverem doenças atópicas, para 20% a 40% e 25 a 35%, respectivamente; sendo ainda maior se ambos os pais forem atópicos (40% – 60%). Além disso, nos últimos 10 a 15 anos, houve um aumento da prevalência das doenças atópicas, como asma, dermatite atópica e AA. O curto período de tempo em que ocorreu esta mudança, sugere que os fatores ambientais devem estar mais envolvidos que os genéticos, entre eles: modo de preparo dos alimentos, aumento do uso de antiácidos, exposição a cremes medicinais contendo alérgenos alimentares e a hipótese da higiene.

Os alérgenos alimentares mais comuns são o leite de vaca, a soja, os ovos, o trigo, o amendoim, as nozes, os peixes e os frutos do mar. Em crianças, uma das alergias alimentares mais comuns é à proteína do leite de vaca. Quanto à história natural da APLV, a maioria dos pacientes portadores supera sua sensibilidade em torno dos três anos de idade; mas cerca de 10% a 25% permanecem alérgicos.



Mensagens da palestra sobre nascimentos pré-termo

Fernando Barros

Os nascimentos pré-termo (até agora definidos como abaixo de 37 semanas de gestação) estão aumentando em vários locais do mundo, inclusive no Brasil. Em Pelotas, eles correspondem atualmente a cerca de 15% do total de nascimentos.

Entretanto, é possível que a classificação atual de pré-termos deva ser revisada. Os recém-nascidos com 37 semanas (que correspondem a 10% do total de nascimentos) também comportam-se como pré-termo, pois têm maior morbidade e mortalidade do que o grupo com idade gestacional entre 39 e 41 semanas. Com relação aos recém-nascidos de 38 semanas, pelo menos dois estudos mostram que estes também podem ter alguns resultados desfavoráveis (relacionados a mortalidade neonatal e função cognitiva na infância) do que os de 39-41 semanas.

Como beneficiar mães e filhos?

Ter em conta que há sempre uma margem de erro nas estimativas da idade gestacional, com qualquer método.

Estimativas com distintos métodos podem ser dar resultados diferentes. Aquelas feitas por ultrassom costumam estimar uns poucos dias para menos a idade gestacional, com relação às estimativas feitas com a data da última menstruação.

Cada dia conta para assegurar a manutenção de um feto dentro do útero, se suas condições são normais e não atingiu 41 semanas. Nascer com uma semana a mais pode ser uma garantia de mais saúde.

Quando a cesariana eletiva for inevitável, aguardar o início do trabalho de parto, ou marcá-la para idades gestacionais nunca inferiores a 39 semanas.

Uso de antitérmicos: quando e como

Danilo Blank

"Febre é o instrumento da Natureza que ela põe em campo para remover seu inimigo."
Thomas Sydenham (1)

A fobia da febre corre solta com a participação ativa dos médicos!

No início deste ano, a mídia estadunidense divulgou com grande destaque (2, 3) o recém-publicado relatório da Academia Americana de Pediatria (4), que recomenda aos pediatras minimizar a chamada fobia da febre, orientando os pais sobre os baixos riscos e os possíveis benefícios da febre, promovendo o seu manejo seguro e racional, com uso judicioso de drogas antipiréticas.

Em tempo: fobia da febre foi um termo cunhado por Barton Schmitt (5), há mais de trinta anos, para designar a preocupação exagerada de muitos pais com febres baixas (temperatura axilar de 38,5°C ou menos) devido à crença infundada de cerca de metade deles de que febres de 39,5°C poderiam causar danos neurológicos e que sem tratamento medicamentoso a temperatura subiria até 43°C, o que levaria 85% desses cuidadores à administração intempestiva de drogas antipiréticas em crianças com febre bem abaixo de 38°C (nível recomendado pela OMS para o emprego de antipiréticos) (6).

No Brasil, apesar da falta de registros documentais, a simples observação do dia a dia do atendimento pediátrico evidencia que a fobia da febre corre tão solta quanto informa a literatura de fora, que aponta que 90% dos pais acreditam que a febre pode ter efeitos danosos, metade consideram altas temperaturas de 38,5°C e medem a temperatura mais do que de hora em hora durante episódios febris; 25% administram antipiréticos para crianças com temperatura abaixo de 37,0°C; 85% acordariam a criança para dar a medicação (7). Sobretudo, é preocupante a informação de que 67% dos pais afirmam alternar drogas antipiréticas

em geral, acetaminofeno e ibuprofeno (8), prática formalmente contraindicada por todos os consensos de especialistas (4, 9-17). Pior: a grande maioria dos pais afirmam que usam os antipiréticos seguindo a orientação dos pediatras (7, 8)! Com efeito, ainda que não documentada, a atitude dos pediatras brasileiros é conspicuamente sintônica com o que relata a literatura de fora: dois terços dos pediatras sempre prescrevem antipiréticos em casos de febre, 90% das vezes para temperaturas axilares entre 37,5°C e 38,0°C (18); metade deles principalmente aqueles com menos de cinco anos de prática aconselham explicitamente os pais a alternar acetaminofeno e ibuprofeno (19).

Colocando os pontos nos is nas consultas de puericultura

O aconselhamento apropriado acerca do manejo da febre começa por discutir com os cuidadores o que é e o que não é febre, que a medida da temperatura em si não deve ser o foco de atenção (até porque não existe um consenso sobre pontos de corte) e, principalmente, que a febre tem baixíssima probabilidade de causar danos e pode ser benéfica (4, 17). Recomenda-se que isso seja feito no contexto do aconselhamento antecipatório das consultas de puericultura e, sempre que possível, com o emprego de folders (20).

Quanto à definição de febre, em vista da oscilação natural da temperatura do corpo conforme a hora do dia, circunstâncias externas, idade e entre indivíduos, além da enorme variabilidade de medidas obtidas por tipos diferentes de termômetros e locais de aferição, a tendência atual é desenfatizar valores numéricos, necessariamente arbitrários, e utilizar definições fisiológicas reconhecidas (17, 20, 21). Duas das mais correntes, que devem ser explicadas aos pacientes: (a) febre é a elevação da temperatura corpórea acima da variação diária normal; (b) febre é uma resposta fisiológica complexa à doença, mediada por citocinas pirogênicas e caracterizada por uma elevação regulada da temperatura central do corpo e ativação de sistemas imunológicos (17, 21).

Para aqueles que precisam de números, pode-se pautar o aconselhamento pelas faixas de temperatura relacionadas na Tabela 1, sempre enfatizando que se tratam de definições arbitrárias e que quaisquer medidas terapêuticas sempre visarão ao conforto e bem estar do paciente, em vez da simples tentativa de reduzir a temperatura (4, 11).

Tabela 1 – Níveis de temperatura corporal de interesse pediátrico*

	°C		°F	
	Axilar	**Retal**	**Axilar**	**Retal**
Faixa de variação circadiana	36,5	37,3	97,7	99,1
	37,2	38,0	99,0	100,4
Limite mínimo para uso de antipirético (OMS) (6)	38,2	39,0	100,8	102,2
O(OMS){Programme for the Control of Acute Respiratory Infections, 1993 #1054}				
Febre moderada (limite inferior)	38,5	39,3	101,3	102,7
Febre alta (limite inferior)	39,5	40,3	103,1	104,5
Risco de bacteriemia > 10%	39,7	40,5	103,5	104,9
Risco de dano neurológico	42,0	42,8	107,6	109,0

* Valores arbitrários conforme ocorrências mais usuais na literatura (6, 11, 21-23)

Tabela 2 – Contrapontos (apoiados em evidências científicas) sobre benefícios e prejuízos da febre*

A febre é uma amiga..., mas nem tanto, porque:	**A febre é uma inimiga..., mas nem tanto, porque:**
há evidências experimentais, em animais e humanos, de que temperaturas elevadas levam à redução da reprodução microbiana e viral e ao estímulo da atividade imunitária, ... mas não há demonstração clínica substancial de que a terapia antipirética possa piorar a evolução das infecções comuns;	aumenta o consumo de oxigênio e prejudica o rendimento cardíaco, ... mas isso só tem relevância clínica em crianças muito debilitadas, em pneumonias graves, em que se acentua a hipoxemia, e nos cardiopatas;
	pode causar convulsão, ...mas só em casos de instalação súbita, em menos de 5% das crianças normais; além disso, convulsões febris, embora indesejáveis, não causam lesão cerebral;
a curva febril auxilia o diagnóstico, ... mas um antitérmico dado num pico febril não produz alterações significativas;	pode causar dano neurológico, ...mas isto só ocorre com febres altas, muito raras, acima de 42,0°C;
antitérmicos podem mascarar a gravidade da doença, ...mas é o contrário: nos casos duvidosos, com toxemia moderada, o reexame da criança após o efeito de uma dose de antitérmico pode determinar se o caso é realmente grave (a criança continua muito abatida) ou é benigno (a disposição da criança apresenta melhora evidente).	Associa-se com outros sintomas que causam desconforto (dor muscular, irritabilidade, mal-estar, astenia e anorexia), ... mas os antipiréticos só aliviam a dor, não melhoram a astenia e a anorexia.

* Adaptado de: Murahovschi J. A criança com febre no consultório. J Pediatr (Rio J). 2003;79(Supl.1):S55-S64.

Febre: amiga ou inimiga?

A citação de Thomas Sydenham que abre este texto define a visão corrente até meados do século XIX, de que a febre era benéfica. Ao longo do século passado, prevaleceu a visão "moderna" não apoiada em evidências científicas, de que deveria ser combatida (23). Hoje, segundo Matthew J. Kluger (24), há evidências fortes de que a supressão medicamentosa da febre, vista como uma resposta adaptativa a infecções que evoluiu por milhões de anos, provavelmente levaria ao aumento da morbidade por muitas infecções.

Jayme Murahovschi (11) sintetizou de modo muito ilustrativo o dilema de tratar ou não tratar a febre como mostra a tabela 2, que deve ser cuidadosamente considerada por pediatras e cuidadores.

Condutas gerais frente à criança febril

Os pais precisam ser bem orientados sobre os objetivos principais em caso de febre: reconhecer sinais de doenças potencialmente graves, melhorar o conforto da criança e manter um estado adequado de hidratação (4, 22).

O primeiro objetivo exige o reconhecimento de sinais de alerta de gravidade: idade inferior a três meses, principalmente recém-nascido; febre de mais de 39,4°C (especialmente se acompanhada de calafrios); mau estado geral, com letargia e/ou irritabilidade excessiva, ausência de sorriso; pele muito pálida ou moteada; choro inconsolável; respiração gemente, entrecortada ou ofegante; duração da febre maior que 72 horas (11). Nessas circunstâncias, a criança deve ser levada imediatamente para avaliação médica. Uma discussão mais detalhada deste tópico está fora do escopo deste texto, mas sugere-se que todo pediatra leia com atenção a diretriz do National Institute for Health and Clinical Excellence, "Feverish illness: assessment and initial management in children younger than 5 years" (17), bem como seu guia de referência rápida, disponível em http://www.nice.org.uk/CG047.

Crianças com febre não devem ser despidas ou muito agasalhadas. Caso a criança febril sinta frio, deve ser protegida com um cobertor (22). O ambiente deve ser bem ventilado; a criança pode ficar ao ar livre, sem exposição direta ao sol (11).

Líquidos de qualquer natureza devem ser oferecidos com frequência e insistência gentil, de acordo com o gosto e a tolerância da criança. A oferta de comida deve respeitar a aceitação natural; lembrar que drogas antipiréticas não melhoram o apetite (4, 11).

Esponjar o corpo com água tépida pode reduzir temporariamente a temperatura do corpo, mas causa mais desconforto, arrepios e tremores do que qualquer benefício (12, 17, 20). Tal prática só está indicada em casos de temperatura acima de 41°C, sempre meia hora depois da administração de antipirético (22). Banhos com álcool misturado à água são sempre contraindicados (4, 6, 17).

Pelo uso de antipiréticos apoiado em evidências

A decisão do pediatra de prescrever medicação antipirética de ser bem pesada, levando em conta os contrapontos da Tabela 2, mas, principalmente, o fato de que a prescrição leviana de tais drogas indica preocupação (que os leigos não percebem como infundada) com riscos apenas presumidos da febre, promovendo um sentido de busca exagerada pela normotermia (4, 10, 20).

Quem opta por prescrever antitérmicos conta com a justificativa do devido respeito pelas crenças e desejos dos pais, além do fato de que, apesar da febre aumentar as funções imunológicas, não há estudos em humanos que tenham demonstrado de modo convincente que o uso dessas drogas em infecções comuns virais ou bacterianas traga riscos clinicamente relevantes (6).

Drogas antipiréticas não devem ser utilizadas com o objetivo de reduzir a temperatura em si em crianças que pareçam estar se sentindo bem. Devem ser reservadas para crianças com desconforto físico ou dor (4, 6, 9).

Drogas antipiréticas não previnem convulsões febris e não devem ser usadas com esse objetivo (17, 21).

Há um consenso de que antipiréticos devem ser reservados para febres acima de 38,2°C, mas principalmente para minimizar o desconforto; lembrar que crianças não

Tabela 3 – Informações sobre drogas antipiréticas*

	Acetaminofeno	Ibuprofeno	Dipirona
Diminuição da temperatura (°C)	1–2	1–2	1-2
Início da ação (h)	<1	<1	<1
Pico do efeito (h)	3–4	3–4	3-4
Duração do efeito (h)	4–6	6–8	4-6
Dose (mg/kg)	10-15, 4/4 h	5-10, 6/6 h	15-20, 6/6 h
Idade mínima (meses)	3	6	3
Dose máxima diária (mg/kg)	90	40	80
Dose máxima diária - adulto (g/d)	4	2,4	4

* Adaptado de: Section on Clinical Pharmacology and Therapeutics, Committee on Drugs. Sullivan JE, Farrar HC. Fever and antipyretic use in children. Pediatrics. 2011 March 1, 2011;127(3):580-7.
Prado J, Daza R, Chumbes O, Loayza I, Huicho L. Antipyretic efficacy and tolerability of oral ibuprofen, oral dipyrone and intramuscular dipyrone in children: a randomized controlled trial. São Paulo. Med J. 2006;124:135-40.

costumam manifestar desconforto com temperaturas inferiores a 39,5°C (6, 22).

Ao optar por prescrever um antitérmico, o pediatra deve informar os pais explicitamente que a medicação não diminuirá a temperatura até o nível normal e não impedirá que picos febris se repitam por vários dias, enquanto a infecção durar, sob pena de ser procurado novamente porque "o remédio não baixou a febre" (5, 11).

Drogas antipiréticas devem sempre ser usadas em regime de monoterapia, não superpondo ou intercalando drogas diferentes (4, 6, 9-12, 16, 20, 21). Contudo, se a criança não responde a uma opção, pode-se usar uma alternativa (17). Evitar doses de ataque maiores do que aquelas recomendadas, pois não têm efeito antipirético mais rápido ou superior (4).

As três drogas antipiréticas consideradas efetivas (embora causem reduções térmicas da ordem de 1 a 2°C, de relevância clínica marginal) e igualmente seguras são o acetaminofeno (ou paracetamol), a dipirona (ou metamizol) e o ibuprofeno. Estudos em humanos indicam eficácia analgésica e antipirética similar entre as duas últimas, ambas mais eficazes do que a primeira (25-27). A Tabela 3 mostra as informações principais para a sua prescrição.

Sobre a alternância de antitérmicos

A prática de combinar drogas antipiréticas simultânea ou alternadamente, embora desaconselhada pelos especialistas (4, 10-17), é bastante popular entre profissionais de saúde e cuidadores (6, 18, 19). A revisão criteriosa da literatura revela apenas seis estudos randomizados que compararam diversos modos de combinação de acetaminofeno e ibuprofeno com monoterapia.

Em dois estudos (28, 29) compararam-se monoterapia com ibuprofeno e acetaminofeno e a administração simultânea de ambas as drogas. Verificaram que a combinação seria marginalmente superior ao acetaminofeno e não mais efetiva do que o ibuprofeno sozinho. Porém, ambos os estudos tinham problemas de validade, seleção de amostra e aferição de temperatura além de duas horas. Os autores de um dos estudos concluíram pela não recomendação da combinação de drogas (28).

Três estudos (30-32) mostraram superioridade da alternância de acetaminofeno e ibuprofeno em relação a ambas as drogas isoladas. Além de problemas de validade e tamanho das amostras, houve vieses causados por doses inadequadas e as diferenças médias da redução de temperatura, ainda que estatisticamente significativas, eram clinicamente insignificantes, não passando de 1°C. Neste grupo, os autores de dois estudos concluíram pela não recomendação da alternância (30, 32).

Um estudo mais recente (33) mostrou que tanto a administração simultânea como alternada de acetaminofeno e ibuprofeno teriam efeito antipirético mais prolongado do que o ibuprofeno sozinho, mas de novo a magnitude da redução da temperatura não passava de 1°C, além de não haver diferença nas primeiras quatro horas.

Além das diferenças clinicamente desprezíveis, as maiores críticas aos regimes de drogas combinadas apontam o risco nefrotoxicidade e de erros de dosagem por confusão dos cuidadores (4). Sobretudo, segundo Edward Purssell (14), estudos como os descritos acima podem ser lidos sem cuidado e usados por aqueles que não entendem os riscos e benefícios de tal abordagem para apoiar um tratamento que não é necessário, para um sintoma que na verdade não precisa de tratamento, nas mãos de pessoas que têm uma chance relativamente alta de fazer o tratamento errado. Com essas ressalvas em mente, sugere que os médicos devem continuar a seguir as principais diretrizes de especialistas e aconselhar os pais a usar somente uma droga antipirética por vez.

Em síntese, prevalece a recomendação da OMS, feita há quase vinte anos, de que pais e profissionais de saúde não devem como ocorre com frequência administrar antipiréticos de maneira automática a todas as crianças com febre. Deveriam "tratar a criança, não o termômetro". A redução da febre deveria visar a melhorar o desconforto da criança (se significativo), o que geralmente só é necessário em casos de febre alta (6).

Referências bibliográficas:

1. Payne JF. Thomas Sydenham. London, T. Fisher Unwin, 1900. apud Kramer MS, Naimark L, Leduc DG. Parental fever phobia and its correlates. Pediatrics. 1985;75(6):1110-3.
2. Hill E. Parents stricken with "Fever Phobia". CBS News. 2011; February 28, 2011 5:31 AM. Disponível em: http://www.cbsnews.com/video/watch/?id=7357962n#ixzz1L6XpCcSI. Acessado 01/05/2011.
3. Roan S. 'Fever phobia' may be worse than the fever. Los Angeles Times. 2011; March 5. Disponível em: http://articles.latimes.com/2011/mar/05/health/la-he-fever-kids-20110306. Accessado 01/05/2011.
4. Section on Clinical Pharmacology and Therapeutics, Committee on Drugs. Sullivan JE, Farrar HC. Fever and antipyretic use in children. Pediatrics. 2011 March 1, 2011;127(3):580-7.
5. Schmitt BD. Fever phobia: misconceptions of parents about fevers. Am J Dis Child. 1980;134(2):176-81.
6. Programme for the Control of Acute Respiratory Infections. The management of fever in young children with acute respiratory infections in developing countries. Geneva: World Health Organization; 1993. Disponível em: whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_ARI_93.30.pdf.
7. Crocetti M, Moghbeli N, Serwint J. Fever Phobia revisited: have parental misconceptions about fever changed in 20 years? Pediatrics. 2001 June 1, 2001;107(6):1241-6.
8. Wright AD, Liebelt EL. alternating antipyretics for fever reduction in children: an unfounded practice passed down to parents from pediatricians. Clin Pediatr (Phila). March 1 2007;46(2):146-50.
9. Richardson M, Lakhanpaul M. Assessment and initial management of feverish illness in children younger than 5 years: summary of NICE guidance. BMJ. June 2, 2007;334(7604):1163-4.
10. Knoebel EE, Narang AS, Ey JL. Fever: to treat or not to treat. (This Month's Debate). Clin Pediatr (Phila). 2002;41(1):9-16.
11. Murahovschi J. A criança com febre no consultório. J Pediatr (Rio J). 2003;79(Supl.1):S55-S64.
12. El-Radhi ASM. Why is the evidence not affecting the practice of fever management? Arch Dis Child. November 1, 2008;93(11):918-20.
13. Nabulsi M. Is combining or alternating antipyretic therapy more beneficial than monotherapy for febrile children? BMJ. October 1, 2009;339:b3540.
14. Purssell E. Combining paracetamol and ibuprofen for fever in children. BMJ. September 10, 2008;337.
15. Jow K, Serwint JR. Question from the clinician: alternating acetaminophen and ibuprofen in the treatment of fever. Pediatr Rev. October 1, 2007;28(10):395-.

16. Miller AA. Alternating acetaminophen with ibuprofen for fever: is this a problem? Pediatr Ann. 2007;36(7):384-6.
17. National Institute for Health and Clinical Excellence. Feverish illness: assessment and initial management in children younger than 5 years. London: NICE; 2007. Disponível em: http://guidance.nice.org.uk/CG47/Guidance/pdf/English.
18. May A, Bauchner H. Fever Phobia: the pediatrician's contribution. Pediatrics. December 1, 1992;90(6):851-4.
19. Mayoral CE, Marino RV, Rosenfeld W, Greensher J. Alternating antipyretics: is this an alternative? Pediatrics. May 1, 2000;105(5):1009-12.
20. Crocetti MT, Serwint J. Fever: Separating fact from fiction. Contemp Pediatr. 2005. Disponível em: http://www.modernmedicine.com/modernmedicine/Infectious+Diseases/Fever-Separating-fact-from-fiction/ArticleStandard/Article/detail/143315. Accessado 01/05/2011.
21. Kayman H. Management of fever: making evidence-based decisions. Clin Pediatr (Phila). 2003;42(5):383-92.
22. Schmitt BD. Fever in Childhood. Pediatrics. November 1 1984;74(5):929-36.
23. Kramer MS, Naimark L, Leduc DG. Parental fever phobia and its correlates. Pediatrics. June 1 1985;75(6):1110-3.
24. Kluger MJ, Kozak W, Conn CA, Leon LR, Soszynski D. The adaptive value of fever. Infect Dis Clin North Am. 1996;10(1):1-20.
25. Allan GM, Ivers N, Shevchuk Y. Treatment of pediatric fever. Can Fam Physician. August 1, 2010;56(8):773.
26. Pierce CA, Voss B. Efficacy and safety of ibuprofen and acetaminophen in children and adults: a meta-analysis and qualitative review. Ann Pharmacother. March 1 2010;44(3):489-506.
27. Wong A, Sibbald A, Ferrero F, Plager M, Santolaya ME, Escobar AM, et al. Antipyretic effects of dipyrone versus ibuprofen versus acetaminophen in children: results of a multinational, randomized, modified double-blind study. Clin Pediatr (Phila). June 1 2001;40(6):313-24.
28. Erlewyn-Lajeunesse MDS, Coppens K, Hunt LP, Chinnick PJ, Davies P, Higginson IM, et al. Randomised controlled trial of combined paracetamol and ibuprofen for fever. Arch Dis Child. May 1 2006;91(5):414-6.
29. Hay AD, Costelloe C, Redmond NM, Montgomery AA, Fletcher M, Hollinghurst S, et al. Paracetamol plus ibuprofen for the treatment of fever in children (PITCH): randomised controlled trial. BMJ. September 2 2008;337:a1302
30. Nabulsi M, Tamim H, Mahfoud Z, Itani M, Sabra R, Chamseddine F, et al. Alternating ibuprofen and acetaminophen in the treatment of febrile children: a pilot study [ISRCTN30487061]. BMC Medicine. 2006;4(1):4-12.
31. Sarrell EM, Wielunsky E, Cohen HA. Antipyretic treatment in young children with fever: acetaminophen, ibuprofen, or both alternating in a randomized, double-blind study. Arch Pediatr Adolesc Med. February 1, 2006;160(2):197-202.
32. Kramer LC, Richards PA, Thompson AM, Harper DP, Fairchok MP. Alternating antipyretics: antipyretic efficacy of acetaminophen versus acetaminophen alternated with ibuprofen in children. Clin Pediatr (Phila). 2008;47(9):907-11.
33. Paul IM, Sturgis SA, Yang C, Engle L, Watts H, Berlin Jr CM. Efficacy of standard doses of ibuprofen alone, alternating, and combined with acetaminophen for the treatment of febrile children. Clin Ther. 2010;32(14):2433-40.

Doença de Kawasaki

Dra. Patrícia Martins Moura Barrios

Definição

Esta síndrome foi descrita pela primeira vez no Japão, em 1967, pelo Dr. Kawasaki, e consiste em sintomas secundários a reações autoimunes a um provável agente infeccioso ainda desconhecido.

Epidemiologia

Incidência de 9,2 /100.000/ano nos USA.

Incidência de 108 /100.000/ano no Japão.

Mais comum em crianças menores de cinco anos (80%), do sexo masculino.

Maior ocorrência no final do inverno, primavera e em épocas de maior nível pluviométrico

Etiologia e patogênese

Etiologia desconhecida. As características epidemiológicas, especialmente a ocorrência em crianças pequenas, o aumento de casos no inverno e a ocorrência de surtos epidêmicos sugere etiologia viral.

A patogênese é caracterizada por anormalidades imunorregulatórias agudas e transitórias desencadeadas por um agente que atua como um superantígeno capaz de recrutar um grande número de linfócitos T.

Manifestações Clínicas

A fase aguda geralmente inicia com febre alta brevemente seguida por eritema polimórfico na pele (inicia mais comumente na região perineal e abdômen), conjuntivite não purulenta, ressecamento dos lábios, eritema bucal, língua framboesa, linfadenite cervical (mais comumente unilateral) e edema e eritema dos pés e das mãos.

A criança geralmente encontra-se irritada, com uma aparência desconfortável. A febre é geralmente alta (> 38° C), pouco responsiva a antitérmicos e, se não tratada, pode durar até três semanas. As alterações nas extremidades, talvez os achados mais característicos desta síndrome, duram geralmente de uma a duas semanas. Na fase subaguda, após duas semanas do início dos sintomas, ocorre uma descamação grosseira da pele das extremidades tipo "dedo de luva". O paciente também pode apresentar comprometimento do

sistema hepatobiliar, atralgias ou artrites. Pode haver, ainda, sinais de uretrite acompanhada por disúria, proteinúria e piúria estéril.

Meningite asséptica e polineurite podem estar presentes na fase aguda da doença, assim como miocardite e ou pericardite. Trombocitose geralmente está presente após a fase aguda da doença (2 semanas). Em aproximadamente vinte por cento das crianças não tratadas pode ocorrer atelectasia e aneurisma das artérias coronarianas em 7 a 14 dias do início da doença.

Diagnóstico

Critérios diagnósticos da síndrome de Kawasaki

1. Febre alta ≥ 5 dias
2. Presença de pelo menos quatro dos seguintes sintomas
   - A: Alterações nas extremidades (edema e eritema)
   - B: Exantema polimórfico
   - C: Conjuntivite asséptica bilateral
   - D: Alterações nos lábios e cavidade oral
   - E: Linfoadenopatia cervical
3. Exclusão de outras doenças com sintomas semelhantes

Diagnóstico diferencial

Doenças exantemáticas ou autoimunes

Sarampo, rubéola, infecção por vírus Ebstein, escarlatina, leptospirose, artrite reumatoide juvenil, Steven Johnson, alergia a drogas, hipersensibilidade ao mercúrio.

Tratamento:

A: fase aguda:

Aspirina 80 -100 mg/dia/ dividida de 6/6h (USA). 30 mg/Kg/dia (Japão).

Após cessar a febre=> aspirina 3 a 5 mg/Kg/dia por 7 a 8 semanas.

Gamaglobulina 2g/Kg EV em 12 horas.

Ecocardiograma nos primeiros 10 dias.

B: Fase crônica. Sete a 8 semanas após o início da doença:

B1: Afebril, sem doença coronariana (provas inflamatórias normalizadas).

Suspender aspirina. Controle ecocardiográfico com um, dois, seis meses e um ano após o início da doença. Continuando normal, alta.

B2: Com ectasia transitória das coronárias.

Aspirina não mais indicada após resolução da ectasia. Liberar atividade física. Para participação em esportes competitivos aconselhado solicitar teste de esforço. Alta após um ano de exames normais.

B3: Com aneurisma único, de tamanho pequeno ou médio (< 8mm)

Aspirina 3-5 mg/Kg/dia até a regressão completa do aneurisma.

Sem restrição a atividade física até os 10 anos de idade. Desaconselhar participação em esportes competitivos. Acompanhamento cardiológico anual com ECG e ecocardiografia por dez anos.

B4: Com aneurisma gigante ou múltiplos de coronárias, sem estenose coronariana

Terapia antiplaquetária => aspirina e Warfarin. Manter INR de aprox. 2.

Sem restrição a atividade física até os 10 anos de idade. Desaconselhar participação em esportes competitivos. Proibir participação em esportes competitivos. Acompanhamento cardiológico com ECG e ecocardiografia de 6/6 meses. Teste de esforço físico ou farmacológico recomendado anualmente, um ano após o início de constatação de isquemia miocárdica. Considerar angiografia, após a fase aguda, se sintomas de isquemia.

B5: Com obstrução coronariana confirmada por angiografia

Terapia antiplaquetária => aspirina e Warfarin. Manter INR de aprox. 2.

Restrição de atividades físicas dinâmicas mesmo de baixa intensidade. Evitar exercícios isométricos (levantamento de peso). Proibir participação em esportes competitivos. Acompanhamento cardiológico com ECG e ecocardiografia de 6/6 meses. Teste de esforço físico ou farmacológico e Holter recomendado anualmente. Considerar angiografia, após a fase aguda, se sintomas de isquemia.

Prognóstico

Fase aguda autolimitada, durando de 7 a 8 semanas.

A maioria das crianças que recebem imunoglobulina na primeira semana do início da doença tem melhora completa.

O índice de infarto e a mortalidade são baixos para crianças com aneurismas pequenos e médios.

É descrita uma mortalidade de 15% em crianças com aneurismas gigantes.

Crianças do sexo masculino e menores de dois anos tem maior isco de desenvolverem aneurismas das artérias coronárias.

Otite média aguda: antibióticos sempre ou nunca?

José Faibes Lubianca Neto, MD, PhD*

Definição e epidemiologia

A otite média aguda (OMA) é uma doença inflamatória de natureza infecciosa. Mais de 80% das crianças desenvolverão OMA antes dos 3 anos e aproximadamente 40% destas terão 6 ou mais recorrências até completarem 7 anos de idade (1).

Microbiologia

Pode ser causada exclusivamente por vírus (vírus sincicial respiratório, adenovírus, influenza A ou B) em 10 a 20% dos casos (2, 3, 4). A coinfecção viral com os patógenos bacterianos chega a 65% dos casos (4). Isolaram-se bactérias da secreção da orelha média em 70% dos casos de OMA (5, 6). Os microorganismos mais frequentes em estudos internacionais são *Streptococcus pneumoniae* (15 a 35%), *Haemophilus influenzae* (15 a 25%) e *Moraxella catarrhalis* (10 a 20%) (5). Estudos nacionais da década de 1990 e do início dos anos 2000 revelaram *Streptococcus pneumoniae* em 16 a 46% dos casos, *Haemophilus influenzae* em 7 a 28%, *Moraxella catarrhalis* em 5% e *Staphylococcus aureus* em 22% dos casos (6, 7, 8).

Mudanças no cenário (argumentos pró e contra o uso rotineiro de antimicrobianos na OMA)

Sendo a OMA uma doença de natureza infecciosa que em no mínimo 2/3 dos casos tem etiologia bacteriana, seria natural supor que o tratamento antimicrobiano estivesse indicado em todos os casos. Alguns eventos, no entanto, mudaram esse cenário, levando às discussões atuais sobre o real benefício dos antimicrobianos no tratamento da OMA (9). Na era pré-antibiótica, complicações supurativas, principalmente a mastoidite, poderiam ocorrer em até 20% dos casos de OMA. Há o relato que em 1932 a OMA e as suas complicações supurativas responderam por 27% das admissões de um hospital pediátrico (10). A introdução dos antimicrobianos foi paralela à redução rápida e drástica da incidência de tais complicações, que se tornaram raras. Mesmo não se desconsiderando esse impactante efeito, não se pode apontá-los, no entanto, como única causa da diminuição das complicações supurativas. Houve também a gradual mudança na virulência das bactérias. Na metade do século passado, os *Streptococcus* do grupo A, por exemplo, causavam a agressiva OMA necrosante, hoje praticamente desaparecida, e eram a principal causa de mastoidite aguda (11). Hoje em dia, tais bactérias raramente causam OMA. Nos dias atuais, após o advento da vacinação com a antipneumocócica heptavalente, o *H. influenzae* é a principal bactéria causadora de OMA, e é a OMA causada por hemófilo justamente uma das que tem maior resolução espontânea, chegando até 50%.

Talvez o evento mais significativo nessa mudança de cenário tenha sido o surgimento de ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas e metanálises demonstrando, algumas vezes, que os antimicrobianos não eram mais eficazes do que o placebo e, invariavelmente, que o impacto clínico de tal tratamento era pequeno. Ao mesmo tempo, o tratamento com antibióticos trazia efeitos adversos significativos para os pacientes e para a comunidade. Houve um aumento crescente na resistência bacteriana, demonstradamente secundário ao uso abusivo e descriterioso de antimicrobianos (12, 13, 14).

Tudo iniciou na década de 80, com a coorte holandesa de van Buchem, em que mais de 4.800 crianças foram seguidas com a prescrição inicial de analgésicos por 2 a 3 dias. Caso o processo não se resolvesse, administravam-se antimicrobianos. Somente 2,7% dos pacientes tiveram um curso grave que necessitou de antimicrobiano e somente 2 pacientes desenvolveram mastoidite aguda (incidência de 0,04%) (15). Pacientes com curso grave recrutados nesse trabalho foram estudados em ensaio clínico randomizado, que comparou miringotomia isolada, antibióticos isolados, miringotomia com antibióticos e observação, com resultados semelhantes nos 4 grupos (16). Outras evidências surgiram em países da Europa Ocidental e vários países como a Dinamarca, a Finlândia, a Escócia e a Holanda lançaram diretrizes preconizando o uso de antimicrobianos somente após um período de observação inicial. Surgiram então metanálises com resultados estatisticamente significante e superiores do antimicrobiano em relação ao placebo, porém, com pequeno impacto clínico, avaliado pelo número necessário de pacientes que deveriam ser trados (NNT) para melhorar o curso clínico em um deles. Em média, sete a 17 pacientes com OMA teriam que ser tratados para que 1 se beneficiasse (17, 18, 19, 20, 21). Estudos randomizados que compararam o uso do antimicrobiano na ocasião do diagnóstico com a

* Professor Associado Doutor da Disciplina de Otorrinolaringologia, Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Chefe da Divisão de Otorrinolaringologia Pediátrica do Hospital da Criança Santo Antônio do Serviço de Otorrinolaringologia do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre. Presidente da Academia Brasileira de Otorrinolaringologia Pediátrica (ABOPE).

observação vigiada nos primeiros dias também demonstraram que o uso de antimicrobianos poderia ser atrasado e se tornava desnecessário em muitos casos, desde que se fornecesse analgesia nos primeiros dias (22, 23). Depois, surgiram estudos demonstrando a segurança do uso da prescrição antecipada, ao menos nos casos não graves. Compararam um grupo de pacientes com OMA que receberam o tratamento padrão já no diagnóstico com outro que recebeu a recomendação de somente utilizar o antimicrobiano prescrito após 48 horas de não melhora (24). Essa abordagem, mesmo em pacientes atendidos em emergências médicas por médicos que não eram os seus pediatras, conseguiu evitar o uso de antimicrobianos em 62% das vezes (25). Seguindo a tendência europeia, a Academia Norte-Americana de Pediatria publicou pela primeira vez, em sua última diretriz de 2004, a recomendação da observação inicial, em vez de tratamento antimicrobiano imediato para o manejo da OMA em crianças selecionadas (26).

Mais recentemente, na tentativa de se identificar que pacientes se beneficiariam mais do antimicrobiano, foi realizada metanálise de dados individuais de pacientes, que demonstrou que o NNT diminuía significativamente em casos bilaterais com idade menor do que 2 anos e naqueles com otorreia (20). Esses dados estão cotados para entrar nas novas recomendações da Academia Norte-Americana de Pediatra, juntando-se aos critérios seletivos de idade e certeza diagnóstica já constantes.

A maioria dos críticos da aplicação dos preceitos da medicina baseada em evidências no tratamento clínico da OMA embasa sua discordância em dois principais aspectos: a) evidências oriundas dos estudos de dupla punção (*double tap*) e b) críticas metodológicas aos estudos de até então, incluindo os ensaios clínicos randomizados bases para as metanálises (critérios diagnósticos diferentes entre os estudos e frágeis em alguns, não inclusão de pacientes graves ou com critérios de risco de gravidade, etc).

Os estudos de dupla punção (*double tap*) foram estudos realizados em Israel onde se puncionaram orelhas de pacientes com OMA antes do tratamento e em torno de 3 a 7 dias após o início do antimicrobiano. Genuinamente falando, seria a única forma de se estabelecer diretamente a eficácia microbiológica e correlacioná-la com a eficácia clínica. Pois bem, tais estudos demonstraram que existe uma significante associação entre a esterilização da efusão da orelha média e a melhora sintomática dos pacientes (27). Os índices de falha clínica passaram de 37 a 38% quando as culturas ainda estavam positivas para 3 a 7% quando negativavam. Mesmo assim, não é desprezível a resolução clínica que ocorre em 62 e 63% dos casos, mesmo com cultura positiva entre os dias 3 e 7 de tratamento. Talvez os até então não bem entendidos mecanismos imunes locais da orelha média possam ser responsáveis por uma percentagem de cura dos casos. Os ensaios clínicos realizados com tal metodologia e testando a eficácia de vários antimicrobianos demonstraram que a amoxicilina, a amoxicilina com ácido clavulânico, a cefuroxima e a ceftriaxona entre outros são mais eficazes do que o placebo. O mesmo não ocorreu para a azitromicina e para o cefaclor, por exemplo, que alcançam índices de esterelização de culturas, principalmente em casos de cepas resistentes à penicilina, semelhantes aos do placebo.

No entanto, a principal crítica aos estudos disponíveis na literatura recai sobre a inacurácia diagnóstica. O diagnóstico de OMA baseia-se no conjunto de achados da otoscopia associados ou não aos sintomas de suspeição como febre, irritabilidade, otalgia, otorreia recente e outros sintomas inespecíficos (mão no ouvido, rinorreia, inapetência, diarreia, entre outros), que podem variar de acordo com a faixa etária. A confirmação diagnóstica, no entanto, é dada somente pela otoscopia.

De todos os sinais, o abaulamento é o mais preditivo, com uma sensibilidade que varia de 61,2% a 67% e uma especificidade de 97% (28,29), sendo cerca de 51 vezes mais comum encontrar-se abaulamento em crianças com OMA comprovada por punção do que nas que não tem OMA (30). A hiperemia da MT isoladamente não é um bom sinal discriminatório.

A otoscopia, principalmente em crianças pequenas incluídas nos estudos, não é sempre de fácil realização e interpretação, principalmente se realizada por médicos não validados. O diagnóstico do otorrinolaringologista já se demonstrou mais acurado do que o de generalistas (28).

Com tudo que se leu até aqui, entende-se o porquê da existência de diferentes interpretações de autoridades em tratamento da OMA. Essa foi a base conceitual para que, em 2011, investigadores prestigiados dos Estados Unidos e da Finlândia publicassem no *The New England Journal of Medicine* dois ambiciosos ensaios clínicos randomizados, duplo-cegos, em paralelo e controlados por placebo, incluindo crianças menores de 2 anos no norte-americano (31) e de 3 anos no finlandês (32). Escolheram a amoxicilina associada ao ácido clavulânico por ter sido esse o antimicrobiano que se demonstrou mais eficaz no tratamento da OMA nos estudos de dupla punção (33).

Além do cuidado metodológico, o ponto mais forte de ambos estudos foram os acurados critérios de diagnóstico da OMA, e o uso de examinadores validados e experientes. Ambos os estudos incluíram somente pacientes com abaulamento da membrana timpânica e sintomas de infecção aguda.

O estudo norte-americano utilizou dose dobrada de amoxicilina (90mg/Kg/peso) associada ao ácido clavulânico. No grupo tratado com antimicrobiano ocorreu resolução inicial dos sintomas no dia 2 em 35% das crianças, no dia 4 em 61% e no dia 7 em 80%. Os valores correspondentes no grupo placebo foram de 28%, 54% e 74% (P=0,14, para a comparação global). A resolução sustentada dos sintomas ocorreu no dia 2 em 20% das crianças tratadas com antimicrobiano, no dia 4 em 41% e no dia 7 em 67%. Os valores correspondentes no grupo placebo foram de 14%, 36% e 53% (P=0,04).

A média dos escores sintomáticos nos dois grupos de tratamento ao longo dos iniciais 7 dias foi menor no grupo

que recebeu amoxicilina com clavulanato do que no grupo placebo a cada visita (P=0,02) e na visita entre 10 a 12 dias (P=0,003). O uso de acetaminofeno entre os grupos, no entanto, não diferiu. Em relação à falha clínica, crianças que receberam o antimicrobiano foram menos susceptíveis do que aquelas que receberam placebo até a primeira visita (4% vs 23%, P<0,01) e entre a primeira e a visita dos dias 10 a 12 (16% vs 51%, P<0,001).

Em relação a efeitos adversos, os mesmos foram significativamente mais comuns nos pacientes que receberam amoxicilina com ácido clavulânico, e o principal foi a diarreia e suas complicações.

No estudo finlandês, os resultados foram mais contundentes a favor do antimicrobiano. Utilizou-se a metade da dose da amoxicilina (40 mg/Kg/peso) e por um tempo menor (7 ao invés de 10 dias) em comparação ao estudo norte-americano. A falha de tratamento ocorreu em 18,6% daqueles que receberam amoxicilina-clavulanato e em 44,9% dos que receberam placebo (P<0,001). Já no 3º dia de tratamento, a diferença apareceu, com falha em 13,7% e 25,3%, respectivamente. No geral, a amoxicilina-clavulanato reduziu o risco de falha de tratamento em 62% (taxa de risco 0,38; intervalo de confiança 95% 0,25 a 0,59; P<0,001.). Apenas 3,8 (IC 95% de 2,7 a 6,2) crianças necessitavam ser tratadas com amoxicilina-clavulanato para evitar a falha de tratamento em uma. Cada um dos 6 componentes do desfecho primário ocorreu menos frequentemente no grupo recebendo antimicrobiana do que no que recebeu placebo.

Em relação aos desfechos secundários, o tratamento de resgate foi necessário em 36,7% do grupo amoxicilina-clavulanato e em 74,6% do grupo placebo (P<0,001). Da mesma forma que no estudo o anterior, não houve diferença no uso de analgésicos e antipiréticos entre os grupos. Absenteísmo em creche foi relatado por 15,9% do grupo ativo e por 25,4% do grupo placebo (P<0,001). Da mesma forma, houve menos falta ao trabalho dos pais no grupo recebendo amoxicilina-clavulanato em relação ao grupo placebo (P=0,005).

Ao menos um efeito adverso ocorreu em 52,8% do grupo que recebeu amoxicilina-clavulanato e em 36,1% do grupo placebo (P=0,003). O efeito adverso mais comum foi diarreia, sendo significativamente mais comum no grupo amoxicilina-clavulanato do que no placebo (47,8% vs 26,6%).

Conclusão

O ponto mais importante para se indicar antimicrobiano para tratamento de OMA deve ser a certeza diagnóstica, que vem pelo achado de abaulamento. Casos "reais" de OMA se beneficiam do antimicrobiano. Mesmo assim, em casos de crianças maiores de 6 meses, principalmente se não tiverem doença grave (febre alta e otalgia intensa ou outra complicação), pode-se acompanhar o quadro clínico sem prescrição de antimicrobianos ou com prescrição antecipada de antimicrobianos para serem usados caso não haja melhora dos sintomas em 48 horas, utilizando-se analgésicos e antipiréticos nesse ínterim. A resistência bacteriana é um fenômeno crescente e ameaçador que está diretamente ligado ao uso indiscriminado de antimicrobianos. Adotando-se critérios mais conservadores, como os acima comentados, pode-se reduzi-la.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vergison A, Dagan R, Arquedas A. Otitis media and its consequences: beyond the earache. Lancet Infect Dis. 2010 Mar;10(3):195-203. Review.
2. Chonmaitree T. Otitis media: can clinician's findings predict bacterial or viral etiology? Pediatr Infect Dis J. 2000;19:256-60.
3. Ramilo O. Role of respiratory viruses in acute otitis media: implications for management. Pediatr Infect Dis J. 1999;18:1125-9.
4. Heikkinen T, Thint M, Chronmaitree T. Prevalence of various respiratory viruses in the middle ear during acute otitis media. N Engl J Med. 1999;340:260-4.
5. Bluestone CD, Stephenson JS, Martin LM. Ten-year review of otitis media pathogens. Pediatr Infect Dis J. 1992;11(suppl. 8):S7-S11.
6. Liebovitz E, Dagan R. Antibiotic treatment for acute otitis media. Intern J Antimicrob Agents. 2000;15:169-177.
6. Lopes Filho O, Mimica I, Betti E, Burlamaqui JC, Takara C Mimica LJ. Eficácia clínica e bacteriológica da associação clavulanato de potássio + amoxicilina e do cefaclor em otites médias agudas em crianças. Folha Med. 1992;104:39-42.
7. Saffer M, Lubianca Neto JF. Diagnóstico Otoscópico da Otite Média Aguda com Secreção. Jornal de Pediatria. 1992;68:394-397
8. Sih T. Acute otitis media in brazilian children: analysis of microbiology and antimicrobial susceptibility. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2001;110:662-6.
9. Klein JO. Is otitis media a treatable disease? New Engl J Med. 2011;364:168-9.
10. Bakwin H, Jacobinzer H. Prevention of purulent otitis media in infants. J Pediatr. 1939;14:730-6.
11. Page JR. Report of acute infections of middle ear and mastoid process at Manhattan Eye, Ear, and Throat Hospital during 1934: their prevalence and virulence. Laryngoscope. 1935;45:839-41.
12. Granizo JJ, Aguilar L, Casal J, García-Rey C, Dal-Ré R, Baquero F. Streptococcus pneumoniae resistance to erythromicin and penicillin in relation to macrolide and beta-lactam consumption in Spain (1979-1997). J Antimicrob Chemother. 2000;46:767-73.
13. Chen DK, McGeer A, de Azevedo JC, Low DE. Decreased susceptibility of Streptococcus pneumoniae to fluoroquinolones in Canada. Canadian Bacterial Surveillance Network. N Engl J Med. 1999;341:233-9.
14. Van de Sande-Bruinsma N, Grundmann H, Verloo D, Tiemersma E, Monen J, Goossens H, Ferech M. European Antimicrobial Resistance Surveillance System Group; European Surveillance of Antimicrobial Consumption Project Group. Antimicrobial drug use and resistance in Europe. Emerg Infect Dis. 2008;14:1722-30.
15. Van Buchen FL, Peeter MF, Van't Hof MA. Acute otitis media: a new treatment strategy. BMJ. 1985;290:1033-37.
16. Van Buchem FL, Dunk JH, van't Hof MA. Therapy of acute otitis media: myringotomy, antibiotics, or neither? A doubleblind study in children. Lancet. 1981;2:883-7.
17. Rosenfeld RM, Vertrees JE, Carr J, et al. Clinical efficacy of antimicrobial drugs for acute otitis media: metaanalysis of 5400 children from thirty-three randomized trials. J Pediatr 1994;124:355-67.
18. Del Mar C, Glasziou P, Hayem M. Are antibiotics indicated as initial treatment for children with acute otitis media? A metaanalysis. BMJ. 1997;314:1526-9.
19. Marcy M, Takata G, Chan LS, et al. Management of acute otitis media. Evid Rep Technol Assess (Summ). 2000;15:1-4.
20. Rovers MM, Glasziou P, Appelman CL, et al. Antibiotics for acute otitis media: a meta-analysis with individual patient data. Lancet. 2006;368:1429-35.
21. Sanders S, Glasziou PP, Del Mar C, Rovers MM. Antibiotics for acute otitis media in children. Cochrane Database Syst Rev. 2010;1: CD000219.

22. Little P, Gould C, Williamson I, Moore M, Warner G, Dunleavey J. Pragmatic randomised controlled trial of two prescribing strategies for childhood acute otites Media. BMJ. 2001; 322: 336-42.
23. McCormick DP, Chronmaitree T, Pittman C, Saeed K, Friedman NR, Uchida T, Baldwin CD. Nonsevere acute otitis media: a clinical trial comparing outcomes of watchful waiting versus immediate antibiotic treatment. Pediatrics. 2005;115:1455-65.
24. Siegel RM, Kiely M, Bien J, Joseph EC, Davis JB, Mendel SG, et al. Treatment of otitis media with observation and a safety-net antibiotic prescription. Pediatrics. 2003;112:527-531.
25. Spiro DM, Tay KY, Arnold DH, Dziura JD, Baker MD, Shapiro ED. Wait-and-see prescription for the treatment of acute otitis media. A randomized controlled trial. JAMA. 2006;296:1235-41.
26. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Managementof Acute Otitis Media. Diagnosis and management of acute otitis media. Pediatrics. 2004;113:1451-65.
27. Carlin et al. J Pediatr. 1991;118: 178-83 e Dagan et al. Pediatr Infect Dis J. 1998; 17:776-82.
28. Karma PH, Penttilä MM, Kataja MJ. Otoscopic diagnosis of middle ear effusion in acute and non-acute otitis media. I. The value of different otoscopic findings. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 1989;17:37-49.
29. Saffer M, Lubianca Neto JF. Avaliação do poder diagnóstico dos sintomas e sinais otomicroscópicos na otite média aguda em crianças. Rev Bras Otorrinolaringol. 1994;60:246-30.
30. Coker TR, Chen LS, Newberry SJ, et al. Diagnosis, microbial epidemiology, and antibiotic treatment of acute otitis media in children. JAMA. 2010;304:2161-69.
31. Hoberman A, Paradise JL, Rockette HE, et al. Treatment of acute otitis media in children under 2 years of age. N Engl J Med. 2011;364:105-15.
32. Tähtinen PA, Laine MK, Huovinen P, et al. A placebo-controlledtrial of antimicrobial treatment for acute otitis media. N Engl J Med. 2011;364:116-26.
33. Hoberman A, Dagan R, Leibovitz E, et al. Large dosage amoxicillin/clavulanate, compared with azithromycin, for the treatment of bacterial acute otitis media in children. Pediatr Infect Dis J. 2005;24:525-32.

Antibioticoterapia nas faringotonsilites

Maria Beatriz Rotta Pereira e Berenice Dias Ramos

As faringotonsilites são usualmente de origem viral (adenovírus, influenza, parainfluenza, coxsackie, vírus sincicial respiratório, herpes e vírus de Epstein-Barr), mas podem ser causadas por bactérias, especialmente o estreptococo β-hemolítico do grupo A (EBHGA), responsável pela única faringotonsilite bacteriana onde o tratamento com antibióticos está definitivamente indicado, com o objetivo de prevenir sequelas não supurativas. Hemófilos, moraxela, estafilococo dourado, pneumococo, germes anaeróbios, clamídia e micoplasma também são bactérias causadoras de infecções faringotonsilares, mas exigem tratamento somente em situações individuais.

As faringotonsilites por EBHGA são mais frequentes na faixa de 3-15 anos de idade e a preocupação em relação a esta etiologia deve-se ao seu potencial de causar infecções purulentas e invasivas, escarlatina, glomerulonefrite e febre reumática, sendo altamente transmissível e capaz de disseminar-se rapidamente em creches e escolas.

Aspectos da história e do exame físico podem sugerir a etiologia viral ou bacteriana, infelizmente com baixa especificidade e sensibilidade. Coriza, obstrução nasal, espirros, rouquidão, aftas (coxsackie ou herpes) e sintomas gastrintestinais associam-se frequentemente a doenças virais, acompanhados ou não de elevações da temperatura corporal.

Já a infecção por EBHGA costuma ter início súbito, febre ≥ 38ºC, dor de garganta e achados no exame físico que incluem hiperemia, hipertrofia e exsudato tonsilar, junto com linfoadenopatia cervical anterior e subângulo mandibular dolorosa. Sinais de envolvimento mais extenso das vias aéreas superiores (coriza, espirros, etc) não costumam estar presentes nas infecções pelo estreptococo.

Atualmente, é consenso que o diagnóstico da faringotonsilite estreptocócica deve ser **suspeitado** através de dados clínicos e epidemiológicos e **confirmado** por exame cultural ou pelo teste rápido de detecção do antígeno estreptocócico.

O exame cultural da orofaringe é considerado o padrão-ouro para o diagnóstico de infecção por EBHGA e apresenta uma sensibilidade de 90-95%. Cuidado deve ser exercido para que o material seja obtido das duas tonsilas e da parede da faringe, sem tocar em outros locais da cavidade oral. A maior desvantagem do método reside no tempo necessário para a obtenção do resultado. O teste rápido de detecção do antígeno estreptocócico (teste de beira de leito) é também um método adequado, com especificidade de 95% e sensibilidade de 75%. Assim, um resultado positivo no teste rápido não exige confirmação por cultura e permite o tratamento imediato. Por outro lado, havendo forte suspeita de infecção bacteriana, um resultado negativo com o teste rápido não exclui a etiologia estreptocócica e aponta para a necessidade de exame cultural. Esta técnica oferece extrema rapidez na obtenção do resultado (na própria consulta) e seu custo foi significativamente reduzido nos últimos anos.

A necessidade de tratamento com antibacterianos não está presente na maioria das vezes, mas as faringotonsilites são exemplos antigos de prescrição inadequada de

antibióticos. A possibilidade de iatrogenias, e principalmente, o surgimento de cepas bacterianas resistentes aos antimicrobianos são consequências do emprego desnecessário destes medicamentos.

Nas infecções por EBHGA, o uso de antimicrobianos encurta a fase aguda da doença, diminui o potencial de transmissão e reduz o risco de sequelas supurativas e não supurativas. Nessas infecções, o antibiótico iniciado até 9 dias após o início do quadro infeccioso é capaz de impedir a febre reumática. Assim, na impossibilidade de efetuar exame cultural ou teste rápido de detecção do antígeno estreptocócico (conduta ideal), recomenda-se observar e reavaliar em 48-72 horas todo o paciente com quadro clínico de faringotonsilite aguda.

Os antibióticos de 1ª escolha são a penicilina e a amoxicilina. Para prevenir a febre reumática, a penicilina ou a amoxicilina devem ser administradas oralmente por 10 dias, inclusive quando o paciente ficar assintomático, após os primeiros dias de tratamento. Amoxicilina 1x/dia, durante 10 dias, mostrou-se efetiva na erradicação do EBHGA e uma apresentação de liberação lenta foi recentemente aprovada pelo FDA para tratamento em indivíduos > 12 anos. A penicilina G benzatina por via intramuscular está indicada para os que não aderem ao tratamento oral pelo prazo recomendado.

Cefalosporina orais de 1ª geração (cefalexina ou cefadroxil), tomadas durante 10 dias, são alternativas aceitáveis, principalmente em pessoas alérgicas à penicilina, não esquecendo que até 20% dos indivíduos sensíveis à penicilina também o são às cefalosporinas. Crianças com hipersensibilidade imediata (anafilática ou do tipo I) à penicilina não devem ser tratadas com cefalosporinas.

Macrolídeos (eritromicina, claritromicina) e azalídeos (azitromicina) são efetivos no tratamento da doença. Por outro lado, relatos recentes sobre a emergência de EBHGA resistentes a estes fármacos devem restringir seu uso aos pacientes com história de hipersensibilidade à penicilina.

Tratamentos curtos (5 dias ou menos) com cefalosporinas de 1ª e 2ª geração e claritromicina já foram testados e comprovaram a erradicação do EBHGA, mas não existem evidências definitivas que justifiquem sua recomendação.

Sulfonamidas não devem ser empregadas no tratamento da faringotonsilite por EBHGA.

Em situações de tonsilites recorrentes e crônicas deve-se aventar a possibilidade etiológica ou de copatogenicidade por parte de bactérias produtoras de β-lactamase e anaeróbios. Sendo assim, a escolha recairá sobre amoxicilina + ácido clavulânico, cefalosporinas de 2 a geração ou clindamicina, relembrando que ainda não existe consenso quanto à melhor conduta nessas situações. A clindamicina e/ou drenagem cirúrgica são recomendados no abscesso peritonsilar.

Resumo

• As faringotonsilites bacterianas perfazem 20-30% do total e seu tratamento com antibióticos deve visar o germe mais frequente, que é o estreptococo β-hemolítico do grupo A, não tendo sido identificadas, até agora, cepas resistentes à penicilina.

• A presença do EBHGA deve ser comprovada por exame cultural ou por teste rápido de detecção de antígeno, evitando o emprego desnecessário de antibióticos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Diseases. Red Book: report of the Committee on Infectious Diseases. 27th ed; Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2006.
2. Brook I. The role of anaerobic bacteria in tonsillitis. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2005;69:9-19.
3. Casey JR, Pichichero ME. Higher dosages of azithromycin are more effective in treatment of group A streptococcal tonsillopharyngitis. Clin Infect Dis. 2005;40(12):1748-55.
4. Choby BA. Diagnosis and treatment of streptococcal paharyngitis. Am Fam Phys. 2009;79(5):383-90.
5. Clegg HW, Ryan AG, Dallas SD, Kaplan EL, Johnson DR, Norton J, et al. Treatment of streptococcal pharyngitis with once-daily compared with twice-daily amoxicillin – a noninferiority trial. Pediatr Infect Dis J. 2006;25:761-67.
6. Finnish Medical Society Duodecim. Sore throat and tonsillitis. In: EBM Guidelines. Evidence-Based Medicine. Helsinki, Finland: Duodecim Medical Publications Ltd.; 2005.
7. Gerber MA, Baltimore RS, Eaton CB, Gewitz M, Rowley AH, Shulman ST, et al. Prevention of rheumatic fever and diagnosis and treatment of acute streptococcal pharyngitis. American Heart Association Scientific Statement. Circulation 2009;119(11): 1541-51.
8. Gerber MA. Diagnosis and treatment of pharyngitis in children. Pediatr Clin N Am. 2005;52:729-47.
9. Mar CB, Glasziou PP, Spinks AB. Antibiotics for sore throat (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2007. Oxford: Update software.
10. Pereira MBR, Pereira MR. Adenotonsilites. In: Ferreira JP, ed. Pediatria diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artmed Editora; 2005. p. 365-70.
11. Pereira MBR, Ramos BD. Métodos diagnósticos de patologias do anel linfático de Waldeyer. In: Campos CA, Costa HO, eds. Tratado de Otorrinolaringologia. São Paulo: Roca; 2002. p.721-6.
12. Piltcher SL, Piltcher OB, Petrillo VF. Patologias do anel linfático de Waldeyer. In: Costa SS, Cruz OL. Oliveira JA, eds. Otorrinolaringologia – princípios e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p.784-93.
13. Santos AG, Berezin EN. Comparação entre métodos clínicos e laboratoriais no diagnóstico das faringotonsilites estreptocócicas. J Pediatr (Rio J). 2005;81:23-8.

Rinossinusite viral ou bacteriana?

Dra. Berenice Dias Ramos

A rinossinusite aguda é uma infecção dos seios paranasais, que pode ser de origem viral ou bacteriana. A rinossinusite viral aguda (resfriado comum) é extremamente frequente até os sete anos de idade, podendo ocorrer de 6 a 10 episódios infecciosos ao ano nesta faixa etária.

Nos 2-3 primeiros dias, os sintomas são febre, dor de garganta, espirros, coriza clara e inapetência. Após os primeiros dias, a febre, a dor de garganta e a inapetência tendem a desaparecer; a secreção nasal fica mais espessa, podendo ficar verde ou amarela; a tosse e a obstrução nasal persistem. O quadro dura geralmente 5 a 7 dias, podendo persistir por mais do que 10 dias. Se a infecção é apenas viral, embora os sintomas permaneçam por mais do que 10 dias, o paciente melhora progressivamente. O uso de antibióticos neste quadro está contraindicado, pois os antibióticos não têm nenhuma ação contra vírus.

O tratamento da infecção viral é apenas sintomático, com analgésicos e antitérmicos. As lavagens nasais com soluções de cloreto de sódio, isotônicas ou hipertônicas, também podem auxiliar na diminuição dos sintomas.

A rinossinusite aguda bacteriana geralmente acompanha um episódio viral.

Apenas de 0,5 a 10% das infecções virais evoluem para uma rinossinusite aguda bacteriana, necessitando a utilização de antibióticos.

O exame de imagens não deve ser utilizado para o diagnóstico de infecção bacteriana na infância, pois vários estudos demonstraram que crianças com rinossinusite viral têm alterações idênticas às alterações encontradas na rinossinusite bacteriana, portanto, esse exame não nos auxilia a identificar qual a criança que necessita antibioticoterapia.

A Academia Americana de Pediatria sugere os seguintes quadros clínicos para o diagnóstico de rinossinusite bacteriana na infância:

1. Sintomas prolongados – Secreção nasal abundante e tosse persistente, por mais do que dez a doze dias. Esta forma é a mais frequente e não costuma ser acompanhada de febre.

2. Sintomas severos – Desde o primeiro dia, a criança apresenta febre alta e secreção amarela ou verde abundante, ao contrário da secreção aquosa encontrada inicialmente na infecção viral.

3. Recaída – O quadro não melhora após o quinto dia, ao contrário, piora. Na evolução normal de uma infecção viral, o quadro se inicia com febre, prostração e secreção aquosa. Após o quarto ou quinto dia, os sintomas costumam melhorar. Se houver uma infecção bacteriana associada, a febre retorna, a criança piora e a tosse pode aumentar.

Nas três situações citadas, o médico está autorizado a diagnosticar a rinossinusite bacteriana e prescrever antibiótico. Não há necessidade de radiografias.

Uma vez estabelecido o diagnóstico de rinossinusite bacteriana, o antibiótico de escolha é a amoxicilina (45mg/kg/dia) de 12/12h, durante 10 a 14 dias. Se houver alergia à amoxicilina pode-se utilizar a axetil-cefuroxima (30mg/kg/dia) também de 12/12h.

Quando não há melhora em 48-72h ou houve utilização de antibiótico há menos de 30 dias, utiliza-se a amoxicilina-clavulanato em dose alta (90mg/kg/dia de amoxicilina e 6,4 gm/kg/dia de clavulanato) de 12/12h. Em caso de alergia à amoxicilina, utiliza-se a axetil-cefuroxima (30mg/kg/dia) de 12/12h.

Se a criança apresentar edema de órbita ou prostração intensa, deve ser avaliada pelo otorrinolaringologista.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Management of Sinusitis and Committee on Quality Improvement. Clinical practice guidelines: management of sinusitis. Pediatrics. 2001;108(3):798-808.
2. Kristo A, Uhari M, Luotonen J, Koivunen P, Ilkko E, Tapiainen T, Alho OP. Paranasal sinus findings in children during respiratory infection evaluated with magnetic resonance imaging. Pediatrics. 2003;111:586-9.
3. Revai K, Dobbs L, Nair S, Patel JA, Grady JJ, Chonmaitree T. Incidence of acute otitis media and sinusitis complicating upper respiratory tract infection: the effect of age. Pediatrics. 2007;119(6):1408-12.
4. Thomas M, Yawn BP, Price D, Lund V, Mullol J, Fokkens W. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps group. EPOS Primary Care Guidelines: european position paper on the primary care diagnosis and management of rhinosinusitis and nasal polyps 2007 - a summary. Prim Care Respir. J 2008;17(2):79-89.
5. Wald ER. Acute otitis media and acute bacterial sinusitis. Clin Infect Dis. 2011;52(4):S277-S283.
6. Wald ER, Guerra N, Byers C. Upper respiratory tract infections in young children: duration of and frequency of complications. Pediatrics. 1991;87:129-33.

Reconhecimento e tratamento do choque

Pedro Celiny Ramos Garcia*

Introdução: Choque é uma síndrome clínica, com diferentes etiologias que levam à inadequação do organismo em suprir os tecidos com uma quantidade adequada de sangue saturado de oxigênio. Suspeita de choque séptico é mandatória quando febre, taquicardia e vasodilatação estiverem acompanhadas de mudança do estado mental.

Diagnóstico clínico: Sinais precoces são taquicardia e má perfusão tecidual, seguidas de acidose e disfunção cardiocirculatória. Assim, o diagnóstico clínico deve ser feito na presença de criança com infecção suspeita com hipotermia ou hipertermia e com sinais clínicos de má perfusão tecidual, quais sejam, alteração do estado mental e/ou aumento do tempo de perfusão periférica (maior de 2 segundos – choque frio) e/ou pulsos ruins e/ou extremidades frias e moteadas e/ou tempo de perfusão periférica muito rápido (choque quente) e/ou pulsos periféricos hiperdinâmicos e/ou baixo débito urinário (< 1 ml/kg/h). A presença de hipotensão não é necessária para o diagnóstico de choque séptico, porém, é definitiva.

Manejo inicial do choque séptico: Inicia-se pela estabilização da via aérea e respiração adequada. As decisões de intubar e ventilar são clínicas: sofrimento respiratório, hipoventilação, alteração do estado de consciência ou morte iminente. A circulação é a parte mais evidentemente comprometida e reposição volumétrica agressiva deve ser iniciada tão logo o diagnóstico seja feito. Nossos objetivos terapêuticos são restaurar as mínimas condições clínicas do paciente, melhorando a perfusão (enchimento capilar menor que 2 segundos), com pulsos cheios e extremidades quentes, débito urinário maior que 1 ml/kg/h, estado mental adequado e pressão arterial normal para a idade.

Ressuscitação volumétrica: Para iniciar a ressuscitação volumétrica infundimos 20 ml/kg de soro fisiológico em 5-10 minutos. Na maioria das vezes, são necessários 40-60 ml/kg na primeira hora para reverter o quadro. Em algumas situações, será necessária a utilização de suporte farmacológico no choque grave durante a reanimação com líquidos. Na maioria das vezes estes agentes são administrados quando já não existe resposta à utilização de líquidos em bolo, ocorrência de disfunção miocárdica com débito cardíaco baixo e uma redução da oferta de oxigênio que agrava o quadro.

Choque refratário a volume: Os agentes ativos no sistema cardiovascular utilizados inicialmente podem ser classificados como inotrópicos e vasopressores.

A dopamina (5-15 μg/kg/min) é usada como agente de primeira linha nestas condições. Em doses entre 5 e 10 μg/kg/min tem uma ação predominantemente inotrópica. Doses maiores do que 10 mcg/kg/min ativam sua ação vasopressora. A dobutamina também aumenta a contratilidade miocárdica e frequência cardíaca, diminuindo a resistência sistêmica, e é utilizada associada a dopamina em dose alta.

Choque refratário a volume dopamino resistente: Pacientes que não respondem a infusão inicial de dopamina e dobutamina são estratificados conforme as características clínicas dos pacientes em choque frio ou quente. Choque frio é reconhecido pelas extremidades frias e moteadas, má perfusão periférica com enchimento capilar lento (maior que 2 segundos), pulsos periféricos fracos e débito urinário diminuído (menor que 1ml/kg/h).

Pacientes com choque frio ou com fraca resposta adrenérgica devem ser tratados com infusão de adrenalina em doses médias ou altas (0,2-0,5 μg/kg/min). A adrenalina, pode tanto aumentar a RVS (doses altas) ou diminuir a RVS (baixas doses), enquanto também aumenta a contratilidade miocárdica. Seus efeitos no miocárdio são de inotropismo e cronotropismo.

Choque quente é reconhecido pelo rubor de extremidades, enchimento capilar rápido (menor que dois segundos), pulsos cheios ou oscilantes, mas também débito urinário diminuído (menor que um ml/kg/h). Neste caso recomenda-se a utilização de noradrenalina (0,05 a 0,2 μg/kg/min) pela sua ação vasopressora, que age aumentando a resistência vascular sistêmica e o tônus arterial.

Correção de fatores inotrópicos negativos: Durante o tratamento do choque séptico, a reposição de cálcio, glicose e eletrólitos deve ser realizada para manter níveis séricos normais para otimização da função contrátil do miocárdio. O ultimo consenso em choque pediátrico recomenda o uso de hidrocortisona em pacientes com suspeita de insuficiência adrenal por choque refratário a catecolaminas. Neste caso, utilizamos a Hidrocortisona 4mg/kg em bolus inicial seguida de 2 mg/kg/8hs (6mg/kg/dia) por 7d ou enquanto estiver usando drogas vasoativas.

* Professor Adjunto Doutor do Departamento de Pediatria e do Curso de Pós-Graduação em Pediatria e Saúde da Criança da Faculdade de Medicina da PUCRS. Médico Chefe do Serviço de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital São Lucas da PUCRS.

Conclusão: Pacientes com sepse grave e choque séptico permanecem internados por longos períodos e, apesar do uso de agentes antibióticos e suporte avançado de vida, a mortalidade dessa doença permanece estável na última década. Entretanto, nosso conhecimento a respeito da sepse aumentou drasticamente nos últimos anos, o que abriu as portas para o surgimento de novas possibilidades terapêuticas e diagnósticas que podem levar, finalmente, a uma redução importante da morbidade e mortalidade dessa doença.

Leitura adicional

Garcia PC, Piva JP, Casartelli CH, Branco RG. Condutas práticas para o tratamento do choque séptico. In: Piva JP e Pereira PCR (org.). Medicina Intensiva em pediatria. 1 ed. Rio de Janeiro: Livraria e Editora REVINTER; 2004. v. 1. p.163-177.
Brierley J, Carcillo JA, Choong K et al. Clinical practice parameters for hemodynamic support of pediatric and neonatal septic shock: 2007 update from the ACCC Medicine. Crit Care Med. 2009.

Terapia hídrica de manutenção: o que se recomenda

Alicia Maria Fernandez Fernandez

O sal e água são as drogas que nós recomendamos com maior frequência para crianças em diferentes hospitais. Para lidar com elas, devemos entender suas indicações, contraindicações e dose adequada.

A administração de fluidos intravenosos tem dois objetivos:

1. expandir o espaço extracelular quando estiver em déficit (reabastecimento de déficit);

2. repor perdas basais (reabastecimento de manutenção): indicada quando existe uma contraindicação de utilizar a boca ou quando existe uma intolerância dos mesmos.

As soluções usadas para a renovação da manutenção variaram ao longo dos anos e ainda são motivos de controvérsia. Este fato, juntamente com a temida hiponatremia aguda, adquirida em consequência de uma escolha da solução inadequada, justifica a escolha do tema para esta apresentação.

Um pouco de história

Aqui nos referimos a apenas dois trabalhos.

Allen I, Arieff MD. Hyponatremia, convulsions, respiratory arrest, and permanent brain damage after elective surgery in healthy women. N Engl J Med. 1986; 314:1529-1535.

- 15 mulheres previamente saudáveis, submetidas a cirurgia planejada;
- Na (sódio) antes da cirugia foi 138 mEq/l, em 48 horas, 108 mEq/l – A osmolaridade urinária elevada~;
- 4/15 morreram 9/15 deles tiveram compromisso neurológico sequelar;
- Hiponatremia é atribuído ao SIADH. Os autores não analisaram os fatores desencadeantes.

Muitos autores apontam para o risco de morbimortalidade da hiponatremia que está instalado durante a internação, geralmente nas primeiras 48 horas da administração de soluções hipotônicas. No final da década de 1950, publica um trabalho que está em vigor ainda hoje, com duas exceções:

1. Não tomam em conta as perdas insensíveis;
2. Recomenda o aporte de sódio a 2 miliEq c/ 100 ml (20 miliEq/litro: solução muito hipotônica).

Holliday MA, Segar WE. The maintenance need for water in parenteral fluid therapy. Pediatrics 1957; 34(8): 440-1

Peso (Kg)	Kcal o ml	Kcal o ml
De 3 a 10	100/Kg por día	4 Kg por hora
De 11 a 20	1000 + (50/Kg por día)*	40 + (2 Kg por hora)*
> 20	1500 +(20/Kg por día)**	60 + (1 Kg por hora)**

* para cada Kg acima de 10 Kg
**para cada Kg acima de 20 Kg

Arieff A, Ayus J, Fraser C. Hyponatremia and death or permanent brain damage in healthy children. BMJ. 1992;304(6836):1218-1222.

- Revisão 24.412 admissões de cirugia menor em crianças previamente saudáveis;
- Em 83 (0,84 %) se viu hiponatremia no pós-operatório;
- 7 morreram (8,4 %) e 16 desenvolveram edema cerebral;
- Os pacientes com hiponatremia não corrigida a tempo morreram ou ficaram com sequelas.
- Na antes da cirurgia foi 138+/- 2 mEq/l, depois, estava em 115 + /- 7 mEq/l
- O tempo para a instalação dos sintomas foi entre 3 e 120 horas.

SIADH – a hiponatremia no pós-operatório é devido à retenção de água livre e aumento da eliminação de sódio. Nesse caso, há 2 fatores determinantes da hiponatremia durante a internação:

- o excessivo volume administrado;
- a hipotonia da solução usada.

Os fatores de risco no paciente pediátrico de sofrer SIADH e Hiponatremia, consequentemente, são:

- Peri- e postoperative;
- Na inferior a 135 mEq/l o ingresso;
- Diminuição da volemia vascular de qualquer causa;
- Hipotensão;
- Infecção do SNC (meningite, encefalite);
- TEC;
- Bronquiolite, pneumonia;
- SEPSIS;
- Síndrome perdedor de sal;
- Algumas doenças crônicas: diabetes, mucovisidosis;
- Paciente em estado crítico, de um modo geral.

O que é recomendado?

- Divulgar um bom manejo de fluidos em crianças;
- Lembrar que, quando administradas soluções por via intravenosa, devem ser tomadas precauções da mesma forma que quando se indica outra medicação;
- Retirar as soluções hipotônicas dos diferentes lugares habituais da assistência;
- Calcular a contribuição de volume para cada paciente. Não generalizar;
- Em uma criança que recebe hidratação venosa, deve ser realizado balanço hídrico e ionograma;
- Para a ressurreição de o choque, utilizar solução salina isotônica 0.9% (154 mEq/l NaCl);
- No Uruguai, para reposição a diarreia, se você não pode utilizar a via oral, deve utilizar solução 90 (90 mEq/l NaCl) que é a recomendada, mas pode utilizar SRL ou salina isotônica;
- As maiorias das crianças que necessitam de volume podem receber solução meio salina (75 mEq/l NaCl) com glicose 5% e adicionadas com K. É uma solução hipotônica que é segura se não houver SIADH, que não deve ser utilizada no caso de existir;
- Em caso de existir um risco da SIADH, é recomendado usar solução salina normal (0,9 %) com glicose 5 %;
- No Uruguai, promove-se o abandono do cálculo das contribuições de sódio / Kg de peso corporal;
- Abandonado o uso das soluções que são muito hipotônicas (1/3 salino);
- Recomenda utilizar solução salina isotônica para a reposição do choque ou desidratação grave;
- H20 livre é tomada pela boca, não é administrada por via intravenosa.

É preciso ser prudente no momento de fazer uma indicação e pensar que se não fizermos as coisas certas, podemos provocar danos irreversíveis e até mesmo a morte. Recordemos a frase do poeta chilena Gabriela Mistral "o futuro das crianças é sempre hoje".

Pneumonia que não responde

Paulo JC Marostica

As pneumonias continuam sendo importante problema de saúde pública, sendo uma das principais causas de mortalidade em crianças menores de cinco anos de idade, após o período neonatal.

Diferentes definições são encontradas na literatura para pneumonia. Há a definição "infectopatológica" que leva em consideração a presença de germes no parênquima pulmonar associada à resposta inflamatória (consolidação). Há a definição clínica, baseada na presença de taquipneia, que é a utilizada nos algoritmos da OMS, definição essa pragmática, mas que peca pela falta de especificidade. E, finalmente, há a definição clínico-radiológica, que pressupõe a presença de achados clínicos de pneumonia associados a infiltrados pulmonares na radiografia de tórax. Essas diferentes definições têm grande relevância, pois os diferentes ensaios que testam drogas e modalidades terapêuticas não necessariamente se referem ao mesmo perfil de paciente.

Não se encontra facilmente na literatura a definição do que seja uma pneumonia que não responde, mas, baseando-se no senso comum de tratamento das doenças bacterianas, defini como aquela pneumonia na qual o paciente não apresenta melhora clínica após 48 a 72 horas de tratamento com antimicrobianos.

A primeira pergunta a ser feita nessa situação é se o paciente em questão tem mesmo pneumonia. Muitas malformações pulmonares apresentam-se como uma imagem

torácica em uma criança com febre por outra razão e essa alteração radiológica não melhorará com tratamento antimicrobiano. Raciocínio semelhante pode ser feito em paciente asmático com uma atelectasia.

A segunda pergunta que devemos fazer é se a criança não está realmente melhor. Muitas vezes houve resposta clínica, mas a imagem radiológica pode demorar vários meses para a resolução, não necessitando qualquer intervenção adicional.

No caso de estarmos realmente lidando com uma pneumonia que não responde, ou seja, um paciente mantendo febre e/ou sinais clínicos de pneumonia após uso de antimicrobiano, algumas situações devem ser consideradas.

A presença de uma doença de base como, por exemplo, uma doença neuromuscular com comprometimento da ventilação, pode levar a uma demora mais acentuada na recuperação.

Na presença de imunodeficiências, agentes etiológicos menos frequentes e germes oportunistas podem estar envolvidos e o espectro antimicrobiano deve necessariamente dar cobertura a eles.

Algumas vezes, o germe envolvido é um germe comum, porém, resistente ao esquema empregado. Com frequência, observa-se que um paciente com infecção por germe atípico não recebe cobertura adequada.

Muito se tem falado da resistência bacteriana do pneumococo à penicilina. Deve ser lembrado que, em nosso meio, a prevalência dessa resistência ainda é baixa. Além disso, como o parênquima pulmonar é muito irrigado, parece que somente cepas com MIC muito elevado não apresentam boa resposta à penicilina e, portanto, permanece uma excelente droga para o tratamento das pneumonias causadas por esse agente.

Na prática clínica, no entanto, a situação mais comum de resposta inadequada ao tratamento com antibióticos é o surgimento de complicações da pneumonia, principalmente o surgimento de derrame pleural que pode evoluir para empiema pleural. Essa complicação está associada a uma evolução mais arrastada, com febre prolongada e requer, muitas vezes, intervenções adicionais.

Literatura sugerida

1. Rudan I, Boschi-Pinto C, Biloglav Z, Mulholland K, Campbell H. Epidemiology and etiology of childhood pneumonia. Bull World Health Organ. 2008;86:408-416.
2. Bradley JS. Management of community-acquired pediatric pneumonia in an era of increasing antibiotic resistance and conjugate vaccines. Pediatr Infect Dis J. 2002;21:592–598.
3. Heffelfinger JD, Dowell SF, Jorgensen JH, Klugman KP, Mabry LR, Musher DM, Plouffe JF, Räkowsky A, Schuchat A, Whitney CG, and the Drug-Resistant Streptococcus pneumoniae Therapeutic Working Group. Management of community-acquired pneumonia in the era of pneumococcal resistance. Arch Intern Med. 2000;160:1399-1408.
4. Mamtani M, Patel A, Hibberd PL, Tuan TA, Jeena P, Chisaka N, Hassan M, Radovan IM, Thea DM, Qazi S, Kulkarni H. A clinical tool to predict failed response to therapy in children with severe pneumonia. Pediatr Pulmonol. 2009;44:379-386.
5. Vuori-Holopainen E, Salo E, Saxén H, Hedman K, Hyypiä T, Lahdenperä R, Leinonen M, Tarkka E, Vaara M, Peltola H. Etiological diagnosis of childhood pneumonia by use of transthoracic needle aspiration and modern microbiological methods. Clin Infect Dis. 2002;34:583-590.
6. Coote NMA, Craig J, Heath PT, McKenzie AS, Saul P, Smyth R, Thomson AH for Pneumonia in Childhood Guideline Development Group of BTS Standards of Care. BTS guidelines for the management of community-acquired pneumonia in childhood. Thorax. 2002;57(Suppl 1):i1-i24.
7. Balfour-Lynn IM, Abrahamson E, Cohen G, Hartley J, King S, Parikh D, Spencer D, Thomson AH, Urquhart D on behalf of the Paediatric Pleural Diseases Subcommittee of the BTS Standards of Care Committee BTS guidelines for the management of pleural infection in Children Thorax. 2005;60(Suppl I):i1-i21.
8. Diretrizes brasileiras em pneumonia adquirida na comunidade em pediatria. 2007. J Bras Pneumol. 2007;33(Supl 1):S 31-S 50.

Asma: manejo da intercrise

Paulo Marcio Pitrez

O objetivo do tratamento da asma é o controle da doença. Além da educação familiar sobre a doença e medidas básicas de higiene ambiental, o controle medicamentoso deve ser sempre considerado naqueles casos de asma persistente. Este controle é considerado quando a criança apresenta ausência de: sintomas diurnos, sintomas noturnos, limitação nas atividades físicas, necessidade de medicação de resgate, exacerbações e função pulmonar alterada (quando for possível a realização de espirometria)

Tratamento farmacológico

A escolha dos fármacos e regime de tratamento deve seguir inicialmente a classificação da gravidade da doença do paciente, segundo diretrizes internacionalmente consagradas. A partir deste momento, muda-se o tratamento de acordo com o controle da doença, aumentando ou reduzindo doses, adicionando ou removendo fármacos. A administração das medicações preventivas na criança devem

ser prescritas através de inalador dosimetrado (*spray*), com espaçador dotado de máscara facial (para os menores de 4 anos) ou bocal (usualmente entre 4 e 6 anos).

Classificação da gravidade e tratamento

A frequência e intensidade dos sintomas, assim como sua repercussão nas atividades habituais e necessidade de utilização de corticoides sistêmicos, hospitalizações e demanda por serviços de urgência são informações importantes para classificar a gravidade da asma como doença crônica e decidir pela melhor opção terapêutica. A classificação da asma segue a recomendação do *Global Initiative for Asthma* (GINA) e pode ser acessado em www.ginasthma.org.

Além das medidas de controle ambiental e educação do paciente e da família, a asma não controlada ou persistente necessita de medicação profilática de uso contínuo (terapia de manutenção). O corticoide inalatório (CI) é a opção de melhor relação entre custo e efetividade. Além deles, pode-se recorrer aos beta-2 agonistas de longa duração (LABAs), liberados para uso em crianças acima de 6 anos, e aos antileucotrienos. Estas medicações são utilizadas em geral como uma forma de se evitar o uso de doses mais altas de CI. O LABA não deve ser usado em monoterapia, devendo ser sempre associado ao CI. O anti-leucotrieno é uma opção como monoterapia em lactentes e crianças com asma persistente leve (ver www.ginasthma.org).

A posologia deve ser a mais simples possível, uma ou, quando necessário, duas administrações diárias visando facilitar a adesão. O uso de espaçador com CI e LABA deve sempre ser recomendado por garantir melhor deposição pulmonar e menor incidência de efeitos colaterais. Para crianças maiores e adolescentes, os inaladores de pó são uma alternativa segura que permite maior comodidade de uso.

O tratamento de manutenção tem caráter dinâmico e a criança deve ser periodicamente reavaliada, idealmente a cada três meses. É difícil predizer a resposta clínica ao tratamento. Para a maioria dos medicamentos de controle, a melhora pode acontecer dentro de alguns dias após o início do tratamento, mas o benefício completo pode ser evidente apenas no decurso de 3 a 4 meses. Existem poucos dados resultantes de ensaios clínicos controlados sobre o momento ideal, sequência e magnitude da redução da dosagem da corticoterapia inalatória e drogas a ela acrescidas. A abordagem poderá ser diferente em pacientes distintos, dependendo do esquema e das doses que forem necessárias para alcançar o controle. As mudanças devem ser discutidas com a família, colocando-se a possibilidade do reaparecimento de sintomas e exacerbações durante a modificação do regime terapêutico. O GINA recomenda que, após obtenção do controle dos sintomas por três meses, a dose de CI seja reduzida, e se o controle for mantido por um ano, que o CI seja suspenso com observação clínica posterior. É importante saber que diante de sintomas parcialmente ou não controlados, antes de se elevar a dose do CI ou associar outros medicamentos, deve-se atentar para a possibilidade de má adesão, erros na técnica inalatória, fatores desencadeantes de origem ambiental e presença de comorbidades.

Os corticoides inalatórios em doses baixas e médias são medicamentos seguros e os efeitos colaterais mais comuns são locais (candidíase oral e disfonia), e são reduzidos com a utilização de espaçadores e por enxágue (seguido ou não à escovação dos dentes) da cavidade oral após a sua administração. Quando ocorre eventual redução da velocidade de crescimento, esta acontece mais no primeiro ano de tratamento e é temporária. Estudos têm demonstrado que crianças com asma, tratadas com CI, atingem a altura final esperada na vida adulta. Por outro lado, sabe-se que a asma grave não controlada afeta de forma adversa o crescimento e a altura final.

Ao se deparar com uma criança com asma, o médico deve principalmente procurar conhecer a característica da doença da criança, acompanhar sua evolução, perceber as dificuldades existentes e observar a resposta à proposta terapêutica, reavaliando e adaptando sempre às demandas e possibilidades do paciente e da família. Dialogar sobre a real possibilidade de controle da doença e mesmo de sua remissão é reconfortante e encorajador. É fundamental tornar claro para pacientes e familiares que, ainda que o tratamento não seja simples e os resultados não sejam imediatos, os conhecimentos e recursos terapêuticos atuais possibilitam, com certeza, uma ótima qualidade de vida aos pacientes com esta doença.

Nutrição do pré-termo após a alta

Dra Rita de Cássia Silveira*

A maioria dos prematuros experimenta uma situação de déficit nutricional durante a hospitalização na UTI Neonatal, classicamente conhecida como crescimento extra-uterino restrito. O déficit de crescimento após a alta hospitalar tende a ser sustentado; tanto que no seguimento ambulatorial aos 18 a 22 meses de idade corrigida aproximadamente 40% dos prematuros ainda apresenta significativo déficit de crescimento. Desta forma, após a alta da UTI Neonatal, nosso papel é determinar o requerimento nutricional do prematuro para que haja crescimento harmônico, com especial atenção no *catch up* do crescimento. O *catch up* tem que ocorrer no momento ideal, não muito precoce para que não predisponha a Síndrome Metabólica na vida adulta, nem tardio o que poderá causar déficit nutricional e por consequência atraso no neurodesenvolvimento.

As necessidades nutricionais dos prematuros ainda não estão completamente definidas na literatura, mas se acreditam que sejam maiores que as de crianças nascidas a termo, em função do objetivo de recuperação de um déficit prévio no crescimento (*catch up*). De forma geral, é aceito como necessidades básicas no primeiro ano de vida a oferta hídrica de 150 – 200 ml/kg/dia; calórica de 120 – 130 cal/kg/dia; proteica de 2,5 -3,5 g/kg/dia; lipídica de 6,0 – 8,0 g/kg/dia e de carboidratos de 10 - 14 g/kg/dia. Para alcançar esta meta nutricional básica, o prematuro necessita um programa de orientação alimentar e nutricional padronizado, incluindo rotinas básicas e adequando as suas necessidades. O pediatra necessita estar preparado para orientar a família e coordenar a equipe multiprofissional que usualmente acompanha as crianças muito prematuras.

O leite materno é sempre a primeira escolha na alimentação enteral após a alta. Fórmulas lácteas para primeiro (de início) e segundos semestres (de seguimento); são alternativas ao aleitamento materno (AM), podendo ser empregadas em conjunto com AM se for necessário (aleitamento misto). O volume de 200 ml/kg/dia das fórmulas de início é suficiente para oferta proteica e calórica adequadas.

Nos prematuros com ganho de peso subnormal para idade pós-concepcional ou com Displasia broncopulmonar, onde há a necessidade de restrição hídrica, está indicado suplementar com altas ofertas de proteína, minerais e oligoelementos além de LC-PUFAS, pelo menos até 52 semanas de idade corrigida. Como nestes casos mais graves o aleitamento materno é mais difícil, pois a longa permanência na UTI neonatal gera maior nível de *stress* e prejudica o pleno aleitamento materno, a alternativa é o uso de fórmulas infantis mais concentradas (uma medida do pó em 25 ml de água fervida, ao invés dos 30 ml recomendados pelo fabricante, o que resulta em densidade calórica 20% maior e obtém-se com volume 150 ml/kg/dia a oferta calórica de 120 Kcal/kg/dia).

O início da alimentação complementar depende da maturidade neurológica da criança, razão pela qual emprega-se a idade corrigida como parâmetro de decisão, e não a idade cronológica da criança. A idade corrigida ou pós-concepcional (IC) é determinada pela seguinte fórmula: IC= I cronológica (dv ou sem) – (40 sem - IGP sem).

A criança nascida prematura é capaz de fazer rolar para 2/3 posterior da língua os alimentos semi-sólidos colocados no 1/3 anterior da língua entre três e quatro meses de idade corrigida, já o reflexo de mastigação estará presente somente entre cinco e seis meses de IC; nesta fase, a criança é capaz de controlar o reflexo de abrir a boca para dar entrada à colher e girar a cabeça para os lados. Nas crianças em aleitamento misto (a maioria), inicia-se alimentação complementar entre quatro e seis meses de IC e quando a criança adquire pelo menos 5 kg de peso, ou seja, tem condições de gastar calorias. A alimentação complementar é iniciada aos seis meses de idade corrigida, nas crianças em aleitamento materno exclusivo, já o prematuro que recebe apenas aleitamento artificial poderá iniciar com alimentação complementar mais cedo, com três meses de idade corrigida.

Suplementos: vitaminas, ferro e zinco

A suplementação com ferro e vitaminas ACD inicia na internação neonatal. As vitaminas com 10 dias de vida e o ferro entre 15 dias e dois meses de vida, quando haveria a queda da saturação dos transportadores plasmáticos e da ferritina, o início depende ainda das condições clínicas para alimentação enteral. A quantidade do ferro ofertada varia com o mais baixo peso ao nascer: nos prematuros acima de 1.500 gramas de peso de nascimento, a partir de 30 dias de vida, recomenda-se 2 mg /kg/dia durante 1 ano e 1 mg/kg/dia por mais 1 ano, naqueles nascidos entre 1.500 gramas e 1.000 gramas de peso, 3 mg/kg/dia durante 1 ano e mais 1 mg/kg/dia entre 1 e 2 anos de idade e aos recém-nascidos com peso inferior a 1.000 gramas, deve ser ofertado 4 mg /kg/dia durante 1 ano e 1 mg /kg/dia mais 1 ano.

* Membro DC Neonatologia SBP. Professora Departamento de Pediatria Universidade Federal do RS. Chefe do Ambulatório de Neonatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

O zinco é oligoelemento fundamental nos processos fisiológicos que envolvem função imune, defesa antioxidante e influencia no crescimento e no desenvolvimento de tal forma que a sua deficiência pode causar déficit de crescimento pôndero-estatural. A suplementação diária com 5 mg de zinco por seis meses melhora significativamente crescimento do prematuro. O sulfato de zinco é iniciado com 36 semanas de idade corrigida, até o sexto mês de idade corrigida. O Sulfato de zinco deve ser formulado (10 mg/ml) e adicionado a oferta alimentar.

Dificuldades comportamentais alimentares

As dificuldades alimentares do prematuro podem ser consequências de alguma morbidade do período neonatal, como enterocolite necrosante ou displasia bronco-pulmonar, ou ainda causada pelo "stress de memória". O uso prolongado de sonda gástrica tem sido descrito como causa de fobia alimentar no seguimento ambulatorial após a alta. A fobia alimentar pode ocorrer sempre que a criança sofreu alguma experiência assustadora (engasgo por disfagia, distúrbio de deglutição, problemas neurológicos, são alguns exemplos). Dentre as manifestações clínicas que auxiliam no diagnóstico de fobia alimentar há a presença de comportamento oral defensivo importante, a criança chora ao ver o alimento ou a mamadeira, resiste à alimentação (arqueando o corpo, recusando-se a abrir a boca); disfagia orofaríngea com sinais clínicos de aspiração para todas as consistências (tanto líquida, quanto pastosa); reflexo de náusea muito acentuado, contribuindo para ocorrência de vômitos e demanda de muito tempo durante as refeições e lanches: em média uma hora/refeição.

Concluindo, devemos monitorizar a ingestão calórica e interpretar o ritmo de crescimento do prematuro, baseando-se em um entendimento mais amplo da história pregressa de cada um destes pré-termos, as morbidades durante sua longa permanência na UTI Neonatal, os problemas no *follow-up* e expectativas de crescimento no futuro. A adequada orientação alimentar enteral pós-alta, especialmente no primeiro ano de vida, amplia a expectativa de melhor qualidade de vida ao prematuro, proporcionando crescimento e desenvolvimento saudáveis, enquanto processos integrados e contínuos.

Referências

1. Euser AM, de Witt CC, Finken MJJ, Rijken M, Wit JM. Growth of preterm born children. Horm Res. 2008;70:319-328.
2. Dusick AM, Poindexter BP, Ehrenkranz RA, Lemons JA. Growth failure in the preterm infant: can we catch up? *Sem Perinatol.* 2003;27 (4):302-310.
3. Silveira RC, Procianoy RS. Crescimento nos primeiros anos de vida de recém-nascidos de muito baixo peso. In: Procianoy RS, Leone CR, editores. PRORN. Ciclo 7- Módulo 4. Porto Alegre: Artmed/ Panamericana editora. 2010;p 49-86.
4. Lin H-C, Hsu C-H, Chen H-L, Chung MY, Hsu JF, Lien R et al. Oral probiotics prevent necrotizing enterocolitis in very low birth weight preterm infants: a multicenter, randomized, controlled trial. Pediatrics. 2008;122:693-700.
5. Sices L, Wilson-Costello D, Minich N, Friedman H, Hack M. Post-discharge growth failure among extremely low birth weight infants: Correlates and consequences. Paediatr Child Health. 2007;12: 22-28.
6. Mozaffari-Khosravi H, Shakiba M, Mohamad-Hassan E, Fatehi F. Effects of zinc supplementation on physical growth in 2–5-year-old children,. Biol Trace Elem Res. 2009;128:118-127.

Sepse neonatal

Renato S. Procianoy*

A sepse é uma das principais causas de morbi-mortalidade no período neonatal. A incidência varia de 1 a 8 casos por cada 1.000 nascidos vivos, sendo que nos recém-nascidos pré-termos com peso de nascimento inferior a 1.500 gramas, a incidência de sepse comprovada por cultura positiva está entre 11% e 25%.

O diagnóstico e a antibioticoterapia precoces, acompanhados do manejo apropriado dos problemas metabólicos e respiratórios, podem reduzir de forma significativa os problemas relacionados com a sepse neonatal.

A sepse precoce ocorre nas primeiras 48 a 72 horas de vida e os agentes etiológicos, quando identificáveis, pertencem ao trato genital materno, sendo os mais frequentes o *Streptococcus agalactiae* e *Escherichia coli*.

A sepse tardia ocorre após as primeiras 72 horas de vida e os agentes etiológicos quando identificáveis são os germes hospitalares quando o recém-nascido está internado (mais frequentes:*Stpahylococcus* coagulase negativo e gram- negativos) ou germes comunitários (mais frequente *Staphylococcus aureus*) quando o recém-nascido está no domicílio.

O diagnóstico da sepse neonatal precoce é difícil. Os sinais clínicos iniciais podem ser mínimos ou inespecíficos e os exames laboratoriais auxiliares apresentam sensibilidade

* Prof. Titular de Pediatria da UFRGS. Chefe do Serviço de Neonatologia do HCPA.

e especificidades inferiores ao ideal esperado. A presença do germe em culturas é considerada "padrão-ouro" para diagnóstico. É importante salientar que o risco de infecção em recém-nascido assintomático é baixo.

O diagnóstico da sepse neonatal precoce se baseia em:

- Fatores de risco maternos;
- Manifestações clínicas do recém-nascido;
- Exames laboratoriais.

Fatores de risco maternos

- Febre materna;
- Infecção urinária;
- Ruptura de membranas;
- Infecção do trato genital.

Manifestações clínicas do recém-nascido:

- Instabilidade térmica;
- Apneia, bradipneia, gemência, taquipneia, retrações esternais e subcostais, batimentos de asas nasais e cianose;
- Hipotonia e convulsões;
- Irritabilidade e letargia;
- Sintomas gastrintestinais, como distensão abdominal, vômitos, resíduo gástrico e dificuldade de aceitação alimentar;
- Icterícia idiopática;
- Palidez cutânea, pele fria e sudorética, hipotensão e tempo de enchimento capilar superior a 3 segundos.
- Sinais de sangramento, com quadro clínico sugestivo de coagulação intra-vascular disseminada;
- Avaliação subjetiva: RN que "não parece estar bem".

Exames laboratoriais

- Exames bacteriológicos:
  - Hemocultura;
  - Exame de líquor;
  - Urocultura em sepse tardia.
- Exames coadjuvantes:
  - Leucograma: leucocitose > 25.000; ou leucopenia <5.000;
  - Relação neutrófilos imaturos/neutrófilos totais >0,2;
  - Contagem de plaquetas menor que 100.000.
- Testes imunológicos:
  - Proteína C-reativa: > 10 mg/L;
  - Procalcitonina: pouco utilizada;
  - Citocinas: mais em uso de pesquisa.

Manejo:

- Antibioticoterapia:
  - Empírica**:** a seleção de antibióticos deve ser baseada na história e colonização materna quando conhecida. Para sepse precoce, a associação de Ampicilina e Gentamicina.

  Para sepse tardia hospitalar, a associação de vancomicina e amicacina e para a sepse tardia domiciliar a associação de oxacilina e amicacina
- Medidas terapêuticas adjuvantes:
  - Suporte hemodinâmico;
  - Controle da temperatura corporal;
  - Controle da pressão arterial, frequência cardíaca, freqüência respiratória, diurese;
  - Controle da saturação da oxihemoglobina;
  - Controle da glicemia, infusão de soluções hidroeletrolíticas e suporte nutricional.
- **Medidas adjuvantes específicas (muito pouco utilizadas):**
  - Imunoglobulina endovenosa;
  - Transfusão de granulócitos;
  - Transfusão de plasma fresco congelado;
  - Fatores estimulantes de colônias: rhG-CSF (fator estimulador de colônias de granulócitos): só quando prematuro com neutropenia (<1000 neutrófilos).

Manejo das icterícias neonatais

Marcelo P. Porto

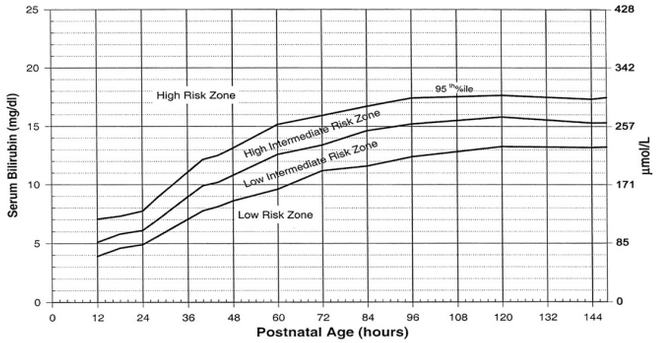
A icterícia é um dos problemas neonatais mais comuns, sendo a expressão clínica da hiperbilirrubinemia, que é definida por uma concentração sérica de bilirrubina indireta (BI) maior que 1,3 a 1,5mg/dl ou de bilirrubina direta (BD) maior que 1,5mg/d, desde que essa corresponda a mais de 10% do valor de bilirrubina total (BT). No entanto, ainda se verifica manejo incorreto dessa condição. Na maior parte das vezes, a icterícia se deve a um aumento da fração indireta da bilirrubina e tem evolução benigna. Entretanto, alguns recém-nascidos, com níveis altos de bilirrubinas (Bb), podem desenvolver encefalopatia bilirrubínica. Portanto, é fundamental que se diagnostique e trate adequadamente a icterícia, para que se evite a alta morbidade e mortalidade dessa condição.

A icterícia neonatal tem progressão cefalocaudal e é perceptível com níveis de BT > 5 – 7mg/dl. A pele deve ser observada em ambiente bem iluminado (preferencialmente com luz natural), devendo ser pressionada com o dedo para que se observe o subcutâneo também. No entanto, a avaliação da coloração amarelada da pele é subjetiva e sujeita a variações individuais, não sendo um bom preditor da gravidade da hiperbilirrubinemia. A forma de avaliação não invasiva mais confiável é a medida transcutânea da bilirrubina. No entanto, para valores >13 – 15mg/dl há a necessidade de corroboração por medida sérica.

Alguns critérios sugerem a presença de icterícia patológica e a diferenciam da fisiológica: surgimento < 24horas de vida; BT > 4mg/dl em sangue de cordão; aumento de BI ≥ 0,5mg/hora entre 4-8 horas nas primeiras 36 horas de vida; aumento de BI ≥ 5mg/dl/dia; BT ≥ 13mg/dl no RNT; BT ≥ 10mg/dl no RNPMT; Icterícia por > 10 dias no RNT; Icterícia por > 21 dias no RNPMT.

Os exames iniciais são: tipagem sanguínea e coombs indireto - mãe (devem constar no pré-natal); no RN: bilirrubinas séricas, tipagem sanguínea, coombs direto, Ht e Hb e reticulócios. Outros exames serão feitos conforme a situação exigir. Mas, em casos de aumento de BD, especialmente em icterícias prolongadas, incluir testes de função hepática, TORCH, triagem para sepse e EIM. Lembrar que o diagnóstico de atresia de vias biliares deve ser feito cedo. Portanto, SEMPRE que ocorrer icterícia prolongada (> 14 dias), deve ser feita dosagem sérica de BT e frações, não se pode avaliar somente clinicamente e nem com bilirrubina transcutânea.

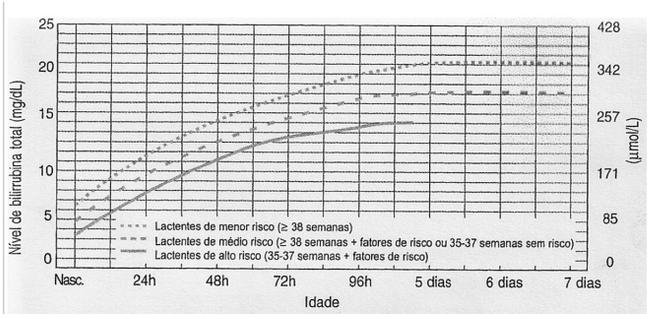
O manejo da hiperbilirrubinemia em RNs com ≥ 35sem IG é feito da seguinte forma: avaliar se RN possuem algum fator de risco para hiperbilirrubinemia grave (idade gestacional 35 – 36 sem., icterícia precoce, perda importante de peso, presença de hematomas, dentre outros); classificar RN conforme nomograma de designação de risco e definir conduta; em RNs de alto risco indicar fototerapia ou exsanguíneo transfusão de acordo com diretrizes da Academia Americana de Pediatria.



Nomograma de designação de risco em RNs saudáveis ≥ 36 semanas IG e peso de nascimento ≥ 2.000g ou ≥ 35 semanas e peso de nascimento ≥ 2.500g conforme valores de Bb hora-específicos (Fonte: Bhutani e cols, 1999)

Todos RNs cujos valores de Bb se encontram no nomograma em zonas de risco intermediário ou alto devem ser reavaliados com BT ou sérica, em período de tempo mais curto (24-48horas). Os que se encontram em zona de baixo risco devem ser reavaliados clinicamente em 48 horas.

A indicação de fototerapia ou exsanguíneo transfusão, conforme as diretrizes da AAP, dependerá do tipo de icterícia (hemolítica ou não) e de características próprias do RN, como idade gestacional, idade em horas de vida e a presença de fatores de risco para dano do SNC (doença hemolítica isoimune, deficiência de G6PD, asfixia, letargia, instabilidade térmica, sepse, acidose, hipoalbuminemia). As diretrizes da AAP são para RNs com >35 semanas de IG e levam em conta a BT (não descontar a BD) e o uso de fototerapia intensiva (mínimo 30μW/cm²/nm; medida ao nível da pele do RN e que atinja a maior superfície corporal possível). A intensidade da fototerapia pode ser aumentada por meio do uso de aparelhos que emitam luz em intensidade maior ou pela adição de mais aparelhos. Lembrar que a fototerapia é um tratamento que pode ter efeitos colaterais e, portanto, deve ter indicações precisas, cuidados com a dose e ser utilizado pelo menor tempo possível. Suspender quando a bilirrubina cair abaixo do nível de indicação. Após 12-24 horas da interrupção, deve-se dosar a BT sérica para identificar a ocorrência de rebote.



Diretrizes para fototerapia em recém-nascidos hospitalizados com ≥ 35 sem. AAP. Pediatrics. 2004;114:297-316.

Para definir os níveis de BT para realização de exsanguíneo transfusão (EST) deve-se seguir as diretrizes da AAP, que podem ser encontradas na seguinte referência: *AAP*. Pediatrics. 2004;114:297-316. Nas situações a seguir podem-se definir as seguintes regras: Realizar EST: **Logo após nascimento**: Hidropsia fetal; mães com antecedentes de perdas fetais por DHRh, ou que na gestação atual já apresentem indícios de DHRh grave e que tenham sinais clínicos e laboratoriais; mães sensibilizadas (CI +), RN com CD + e BI sangue de cordão ≥ 4mg/dl ou Hb ≤ 13g%; **Nas 1ªs 24 horas**: ↑ BI > 0,5mg/dl/h; **Após 24 horas**: RN com PN ≤ 1.800g e BI >1% do PN; RN com PN > 1.800g e BI ≥ 18 mg/dl (Leone CR. Doença Hemolítica Rh e ABO: Aspectos Atuais. PRORN Ciclo 3, Módulo 2).

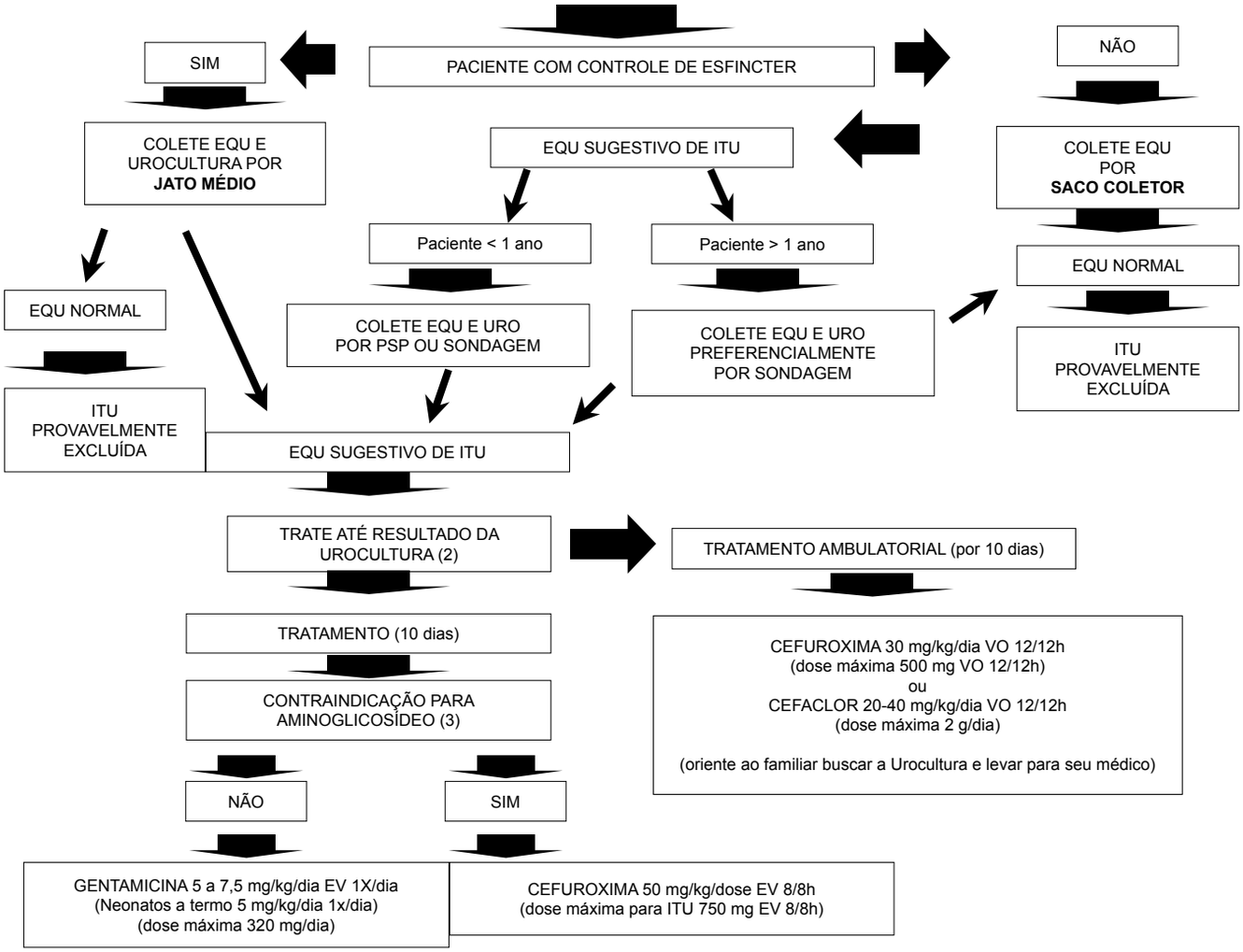
Outras modalidades de tratamento: Fenobarbital: ↑ conjugação da Bb (útil para tratar a hiperbilirrubinemia indireta da S. Crigler-Najar II e a hiperbilirrubinemia direta associada a NPT; Agar oral: diminui a circulação enterohepática; Metaloporfirinas: competem com a hemeoxigenase e assim, diminuem a produção de Bb (Incomp. ABO, Crigler-Najar tipo I); IVIg: inibe hemólise (doença hemolítica isoimune).

Encefalopatia bilirrubínica:

Prevenção:
- Estímulo ao aleitamento materno frequente;
- Monitoração clínica sistemática do RN em alojamento conjunto;
- Evitar alta precoce (<48 horas e em RN com potencial para doença hemolítica, 72h);
- Reavaliação precoce do RN após a alta;
- Antecipação das situações de risco (mãe Rh neg, grupo O, traumatismo de parto, asfixia e outros);
- Adotar condutas considerando fatores de risco e utilizando o nomograma hora-específico de BT p/ designação de risco;
- Indicar fototerapia e EST de acordo com as diretrizes propostas pela AAP.

Protocolo para tratamento de pielonefrite em menores de 18 anos

Dra. Clotilde Garcia



Observações:

1) NUNCA trate ITU com diagnóstico por saco coletor. Colete novamente de forma adequada (ex.: PSP. Jato médio);
2) Com o resultado da Urocultura em mãos, troque para o antimicrobiano com menor espectro (ex.: paciente em uso de cefuroxima, urocultura com sensibilidade a cefalexina → troque para cefalexina);
3) Contraindicação para aminoglicosídeos: IRC, transplantado renal, demais vide bula;
4) CIPROFLOXACINA reservada para casos especiais (ITU repetição com bactéria isolada previamente somente sensível a ciprofloxacina). Prefira discutir o caso com CCIH. Em adolescentes, usar cefuroxima;
5) DOSES DO CEFUROXIMA: Lembre-se EV = 150mg/kg/dia 8/8h / e VO = 30mg/kg/dia 12/12h;
6) TRATAMENTO ITU BAIXA: Acido Nalidíxico 55mg/kg/dia VO 6/6h ou Nitrofurantoína (100mg) 5-7mg/kg/dia VO 6/6h;
7) Lembre-se de iniciar profilaxia após ITU, dose única antes de dormir: < 3 meses Cefalexina 12,5mg/kg 1x/d / > 3 meses Nitrofurantoina 2-3mg/kg 1x/dia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Prospective, randomized trial comparing short and long intravenous antibiotic treatment of acute pyelonephritis in children: dimercaptosuccinic acid scintigraphic evaluation at 9 months. Pediatrics. 2008 Mar;121(3):e553-60. Epub 2008 Feb 11.
2. Early switch to oral versus intravenous antimicrobial treatment for hospitalized patients with acute pyelonephritis: a systematic review of randomized controlled trials. Curr Med Res Opin. 2008 Dec;24(12):3423-34.
3. Retrospective study of children with acute pyelonephritis. Evaluation of bacterial etiology, antimicrobial susceptibility, drug management and imaging studies. Nephron. 2002 Jan;90(1):8-15.
4. Practice Parameter: The diagnosis, treatment, and evaluation of the initial urinary tract infection in febrile infants and young children. Pediatrics. 1999 apr;103(4):843-852.

Alterações anatômicas e funcionais do trato urinário: o que fazer?

Dr. Nicolino Rosito

O conhecimento das alterações, tanto anatômicas como funcionais, do trato urinário no período fetal possibilita avaliar o comprometimento da função e, inclusive, realizar cirurgia intrauterina na tentativa de prevenir a displasia renal, preservar a função dos rins e evitar a hipoplasia pulmonar associada com o oligodrâmnio.

A abordagem das malformações urinárias deve ser multidisciplinar e o diagnóstico precoce das anomalias urinárias diminui a morbidade, principalmente do ponto de vista infeccioso, onde se pode minimizar a recorrência de infecções, evitando, assim, o dano renal.

O resultado perinatal nas uropatias fetais está diretamente relacionado ao grau de acometimento anatômico e funcional dos rins. Portanto, a associação de mau prognóstico com agenesia, lesões displásicas, obstruções baixas e bilateralidade do acometimento renal é esperado. O diagnóstico pré-natal das malformações do trato urinário pode influenciar favoravelmente no prognóstico perinatal pela oportunidade de investigação diagnóstica, tratamento precoce e seguimento especializado.

A definição de hidronefrose fetal pela Sociedade de Urologia Fetal (SUF) está baseada no diâmetro antero-posterior (DAP) de pelve renal > 4 mm. Este achado pré-natal é de aproximadamente 1:188 fetos, sendo que 50% das ecografias com hidronefrose pré-natal são normais após o nascimento. Se o DAP ≥ 20 mm, 94% têm significativa anormalidade que requer cirurgia ou acompanhamento rigoroso, se DAP 10-15 mm, 50% têm anormalidade e se DAP ≤ 10 mm, 3% têm anormalidade. Quando associado ao MAG3, os critérios de indicação de tratamento pela SUF são: Hidronefrose leve (SFU grau 2, DAP ≤ 15 mm): Tratamento conservador; Hidronefrose grave com boa função (SFU grau 3 ou mais, DAP > 15 mm, função renal > 40%): Tratamento conservador; Hidronefrose grave com função deprimida (SFU grau 3 ou mais, DAP > 15 mm, Função renal < 40%): Tratamento conservador na maioria dos casos. Indicação cirúrgica individualizada; Hidronefrose grave com função renal diminuída (SFU grau 4, DAP > 20 mm, função renal < 40%): Tratamento cirúrgico na maioria dos casos; Hidronefrose bilateral → Similar à hidronefrose unilateral; Hidronefrose grave bilateral → indicação de cirurgia é mais provável.

Dessa maneira, é importante saber pela ecografia pré-natal o DAP da pelve renal, a espessura do parênquima renal, se a hidronefrose é bilateral e se tem dilatação ureteral.

Após o nascimento e em qualquer período da infância, se ocorrer infecção urinária, deve-se investigar sempre a

causa. Assim como os pacientes que apresentam sintomas urinários, tais como gotejamento, disúria, polaciúria, urgência miccional, retenção urinária e incontinência urinária.

As alterações, tanto anatômicas como funcionais do trato urinário, geralmente desencadeiam sintomas e/ou sinais de dilatação do aparelho urinário que podem ser diagnosticados com exames de imagem:

1 – Ecografia: quando o objetivo é avaliar o aparelho urinário, o primeiro exame solicitado é a ecografia com doppler a cores, que mostra muitos achados importantes, como a silhueta e a dinâmica do sistema urinário. A ecografia mostra a presença de dilatação do aparelho urinário, o fluxo urinário, a espessura do parênquima renal, espessura e contração do detrusor, capacidade vesical, resíduo pós miccional, presença de cálculos, etc.

2 – Uretrocistografia miccional (UCM): avalia a uretra, a bexiga e a dinâmica miccional, que é útil para o diagnóstico de alterações anatômicas da uretra e bexiga como divertículos, espessura e forma anormal da parede vesical, colo vesical e uretra, a presença de válvula de uretra posterior ou anterior, ureterocele, refluxo vesicoureteral (RVU) e o esvaziamento da bexiga.

3 – Urografia excretora: demonstra a anatomia e excreção do sistema urinário. Usada para avaliar obstruções do aparelho urinário superior, ureterocele, duplicidade e ectopia ureteral.

4 – Cintilografia renal com DMSA: é útil para avaliar a função renal absoluta e relativa dos rins, assim como avaliar na fase aguda da infecção urinária a presença de cicatriz do parênquima renal e para o diagnóstico de pielonefrite aguda.

5 – Cintilografia renal com MAG 3 e com DTPA: são para avaliar a excreção do trato urinário superior e avaliar a função renal relativa.

6 – Cistograma nuclear: é mais sensível que a UCM para detectar RVU. É mais utilizado para seguimento dos pacientes com RVU que já se conhece a anatomia fornecida pela UCM previamente realizada.

7 – Urodinâmica: é indicada para avaliação da dinâmica e função vesical durante o enchimento e esvaziamento da bexiga, principalmente nos casos de disfunção miccional e a resposta ao tratamento. A avaliação urodinâmica deve pesquisar as pressões de armazenamento, contrações, complacência e estabilidade do detrusor, capacidade vesical, função do esfíncter uretral, uroflu-xometria, micções, perdas urinárias e eletromiografia.

8 – Outros: tomografia computadorizada, urorressonância magnética, estudos retrógrados e uretrocistoscopia são utilizados para casos especiais de difícil diagnóstico.

Assim, o diagnóstico das alterações anatômicas e funcionais do trato urinário são realizados com a combinação destes exames conforme a hipótese diagnóstica:

Estenose da Junção Ureteropiélica (JUP):

Ecografia: hidronefrose de grau variável com ureter normal ou não visualizado. Medida do DAP da pelve renal;

Cintilografia renal com MAG3 ou DPTA: obstrução ou retardo do esvaziamento da pelve renal;

Cintilografia renal com DMSA: avalia a função renal e possibilidade de cicatriz do parênquima renal;

Uretrocistografia miccional: se suspeita de RVU associado.

Estenose da Junção Ureterovesical (JVU) – Megaureter Obstrutivo ou Refluxivo:

Ecografia: hidroureteronefrose de grau variável com ureter dilatado;

Cintilografia renal com MAG3 ou DPTA: obstrução ou retardo do esvaziamento do ureter;

Cintilografia renal com DMSA: avalia a função renal e possibilidade de cicatriz do parênquima renal;

Uretrocistografia miccional: se suspeita de RVU associado. Presença de RVU no Megaureter Refluxivo e ausência de RVU no Megaureter Obstrutivo, divertículo ou ureterocele.

Refluxo Vesicoureteral:

Ecografia: hidroureteronefrose ou apenas o ureter dilatado de grau variável, duplex;

Cintilografia renal com MAG3 ou DPTA: excreção normal, retardo do esvaziamento do ureter nos RVU de alto grau. Solicitado só se suspeita de obstrução associada;

Cintilografia renal com DMSA: avalia a função renal e possibilidade de cicatriz do parênquima renal;

Uretrocistografia miccional: classifica o grau de RVU, presença de divertículo ou ureterocele ou duplex associados;

Cistograma nuclear: indicado para o seguimento dos pacientes com RVU;

Urodinâmica: importante para diagnóstico e acompanhamento da disfunção miccional.

Válvula de Uretra Posterior (VUP):

Ecografia: hidroureteronefrose de grau variável uni ou bilateral. Bexiga espessada, trabeculada e deformada com pseudodivertículos;

Cintilografia renal com MAG3 ou DPTA: obstrução ou retardo do esvaziamento do ureter e bexiga;

Cintilografia renal com DMSA: avalia a função renal e possibilidade de cicatriz do parênquima renal;

Uretrocistografia miccional: mostra a VUP, dilatação da uretra posterior e colo vesical. RVU pode estar associado uni ou bilateral, divertículos vesicais;

Urodinâmica: importante para diagnóstico e acompanhamento da disfunção miccional.

Bexiga Neurogênica:

Ecografia: geralmente com hidroureteronefrose de grau variável uni ou bilateral. Bexiga espessada, trabeculada e deformada com pseudodivertículos;

Cintilografia renal com MAG3 ou DPTA: retardo do esvaziamento do ureter e bexiga;

Cintilografia renal com DMSA: avalia a função renal e possibilidade de cicatriz do parênquima renal;

Uretrocistografia miccional: RVU pode estar associado uni ou bilateral de graus variáveis. Bexiga espessada, deformada, presença de divertículos e deformação do colo vesical;

Urodinâmica: importante para diagnóstico e acompanhamento da disfunção miccional.

Controle esfincteriano

Dra. Denise Marques Mota / Nefrologista pediátrica

A retirada de fraldas é uma etapa importante na vida da criança e de seus pais e sempre gera expectativas e, ao mesmo tempo, dúvidas para os pais. É um dos primeiros sinais de independência da criança e uma aquisição de hábitos que serão seguidos durante toda a vida. Um correto aprendizado é de extrema importância.

O controle esfincteriano necessita de um adequado desenvolvimento do sistema urinário e do sistema nervoso central e periférico (controle vesico-esfincteriano) para sua aquisição. O controle voluntário só se torna possível após esta primeira etapa de maturação, necessitando de conscientização da criança sobre o próprio corpo e sobre o ato em si, além de treinamento.

Entre os 24 e 30 meses de idade, a maior parte das crianças apresenta as habilidades necessárias para iniciar o treinamento esfincteriano diurno e, aos 48 meses, devem estar continentes e adaptadas aos padrões culturais locais. As habilidades necessárias são: caminhar, para poder se deslocar até o banheiro; falar, para poder demonstrar seus desejos; tirar a roupa, para poder sentar no vaso ou penico; entender e atender as ordens dos pais, para poder ser ensinada a realizar tarefas; querer agradar e imitar os adultos, para poder executar suas tarefas com alegria e prazer.

A retirada das fraldas inicia pelo controle diurno e deve-se postergar o treinamento da noite e da sesta até o completo controle diurno de fezes e urina. Na maioria das vezes, o controle diurno antecede o noturno de três a seis meses. Muitas vezes, ocorre no mesmo período. O hábito urinário noturno é uma aquisição natural, portanto, não depende da aprendizagem, e deverá ocorrer por volta dos 5 anos e meio na menina e 6 anos no menino.

Em relação ao local que será utilizado para as eliminações, devemos iniciar o treinamento com o penico: é menor, pode ser manuseado pela criança e levado para vários locais da casa. Após realizar o treinamento, se a criança mostrar interesse pelo vaso sanitário, como todos da casa, utilizar o vaso com redutor de assento e apoio para os pés até a criança poder alcançar com os pés no chão. Ensinar a higiene das mãos após uso do sanitário, elogiar os esforços e os sucessos, não criticar as derrotas e apoiar a criança.

O controle esfincteriano inadequado pode associar-se a várias morbidades: infecções urinárias de repetição, disfunção miccional (padrão miccional anormal para a idade da criança, geralmente evidenciado após a retirada de fraldas), enurese (decorrente de um treinamento tardio ou métodos coercitivos), recusa em ir ao banheiro, constipação e encoprese.

A disfunção miccional silenciosa durante a infância é um fator de risco para doenças renais e urológicas importantes. A maioria das crianças pode ser diagnosticada pela história, exame físico e conhecimento do desenvolvimento normal da continência urinária. Os sintomas mais comuns são: urgência miccional, incontinência urinária, manobras de contenção e aumento número de micções. A constipação é um achado frequente em crianças com sintomas urinários e deve ser sempre pesquisada e tratada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brazelton TB. A child-oriented approach to toilet training. Pediatrics. 1962;29:121-8.
2. Brazelton TB, Christophersen ER, Frauman AC, Gorski PA, Poole JM, Stadtler AC, et al. Instruction, timeliness, and medical influences affecting toilet training. Pediatrics. 1999;103(6 Pt 2):1353-8.
3. Schum TR, Kolb TM, McAuliffe TL, Simms MD, Underhill RL, Lewis M. Sequential acquisition of toilet-training skills: a descriptive study of gender and age differences in normal children. Pediatrics. 2002;109(3):E48.
4. Stadtler AC, Gorski PA, Brazelton TB. Toilet training methods, clinical interventions, and recommendations. American Academy of Pediatrics. Pediatrics. 1999;103(6 Pt 2):1359-68.
5. Mota DM, Barros AJ. Toilet training: situation at 2 years of age in a birth cohort. Jornal de Pediatria. 2008; 84(5):455-62.
6. Mota DM, Barros AJ. Treinamento esfincteriano precoce: prevalência, características materna, da criança e fatores associados numa coorte de nascimentos. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2008; 8(1):103-111.
7. Mota DM, Barros AJ. Toilet training: methods, parental expectations and associated dysfunctions. Jornal de Pediatria. 2008; 84(1):9-17.
8. Mota DM, Victora CG, Hallal PC. Investigation of voiding dysfunction in a population-based sample of children aged 3 to 9 years. Jornal de Pediatria. 2005;81(3):225-32.
9. Mota DM, Barros AJ, Matijasevich A, Santos I. Avaliação longitudinal do controle esfincteriano em uma coorte de crianças brasileiras. Jornal de Pediatria. 2010;86(5): 429-434.

* Nefrologista pediátrica.

Temas Livres / Resumos

ADOLESCÊNCIA

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE SEXUALIDADE E DST DE UM GRUPO DE ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA PÚBLICA DE PORTO ALEGRE / Laura Marmitt et al. 39
FATORES DE NÃO ADESÃO AOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS POR ADOLESCENTES GRÁVIDAS DA CIDADE DE CAMPO GRANDE, MS / Paola Mari Nakashima Cano et al. 39
SÍNDROME DE HERLYN-WERNER-WUNDERLICH / Priscila Coelho Amaral et al. 39

ALEITAMENTO MATERNO

FATORES DE INFLUÊNCIA SOBRE A DECISÃO DE AMAMENTAR E O DESMAME PRECOCE / Camila Lopes de Oliveira et al. 40
IMPACTO DO LEITE HUMANO SUPLEMENTADO NA MINERALIZAÇÃO ÓSSEA E CRESCIMENTO RECÉM-NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO / Tiago Dalcin et al. 40
MÉDIA DA DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO (AME) EM CRIANÇAS INTERNADAS EM CLÍNICA PEDIÁTRICA NO HUSFP – PELOTAS (RS) E PERFIL PSICOSSOCIAL DE SUAS MÃES / Angela Rosa Tornatore et al. 40
PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM UM MUNICÍPIO SERRANO DO RIO GRANDE DO SUL, BRASIL / Núbia Beche et al. 41

ALERGIA, IMUNOLOGIA E REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA

APRESENTAÇÃO CLÁSSICA DE PÚRPURA DE HENOCH-SCHÖNLEIN: RELATO DE CASO / Geanine Göelzer Gobo et al. 41

CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA

EVOLUÇÃO PÓS-OPERATÓRIA DE PACIENTES COM CARDIOPATIA CONGÊNITA E HIPERTENSÃO PULMONAR SECUNDÁRIA QUE FIZERAM USO PRÉ-OPERATÓRIO DE SILDENAFIL / Estela Suzana Kleiman Horowitz et al. 41
SÍNDROME DA HIPOPLASIA DO VENTRÍCULO ESQUERDO: RELATO DE CASO / Monique Malacarne Michelin et al. 42
HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA RARA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PNEUMONIAS DE REPETIÇÃO EM LACTENTES / Marcio Abelha Martins et al. 42

CIRURGIA PEDIÁTRICA

CORREÇÃO CIRÚRGICA DA ATRESIA DE VAGINA EM LACTENTES / Nicolino César Rosito et al. 42
DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA FÍSTULA URETRAL CONGÊNITA / Nicolino César Rosito et al. 43
DIVERTÍCULO DE MECKEL: RELATO DE CASO / Juliana Dall´Onder et al. 43
ENURESE – TRATAMENTO FACILITADO COM PROTOCOLO / Nicolino César Rosito et al. 43
FECHAMENTO PRIMÁRIO EM GRAVE MORDEDURA CANINA / Marcio Abelha Martins et al. 43
HIDRONEFROSE BILATERAL COM RETENÇÃO URINÁRIA POR HIDROMETROCOLPOS / Nicolino César Rosito et al. 44
ÍNDICE DE FERTILIDADE TESTICULAR EM TESTÍCULOS INTRA-ABDOMINAIS / Nicolino César Rosito et al. 44
LIPOMA GIGANTE NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASSA INTRABDOMINAL / Marcio Abelha Martins et al. 44
MANEJO DE OBSTRUÇÃO URETRAL POR CISTO PARAURETRAL EM CRIANÇAS / Nicolino César Rosito et al. 45
MANEJO PRIMÁRIO DE EXTROFIA VESICAL E EPISPADIA NO PERÍODO NEONATAL / Nicolino César Rosito et al. 45
O VOLUME TESTICULAR NÃO PREDIZ O POTENCIAL DE FERTILIDADE EM TESTÍCULOS CRIPTORQUÍDICOS / Nicolino César Rosito et al. 45
ONFALOCELE ASSOCIADO A TRISSOMIA DO 18: RELATO DE CASO / Juliana Dall´Onder et al. 45
RELATO DE CASO DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA / Danieli Fernanda Dolvitsch et al. 46
RIM PÉLVICO E ESTENOSE DE JUP: O PAPEL DA VIDEOLAPAROSCOPIA NO SEU MANEJO / Márcio Abelha et al. 46
SCHWANNOMA SIMULANDO EVENTO ADVERSO PÓS VACINA DE BCG / Katchibianca Bassani Weber et al. 47
TRATAMENTO CONSERVADOR E CIRÚRGICO NO TRAUMA ESPLENORENAL NA INFÂNCIA / Márcio Abelha et al. 47
USO DO APÊNDICE CECAL PARA CRIAÇÃO DE MECANISMOS QUE AUXILIAM A CONTINÊNCIA URINÁRIA E FECAL / Nicolino et al. 47
VÁLVULA DE URETRA POSTERIOR: APRESENTAÇÃO CLÍNICA VARIÁVEL DEVIDO AO RETARDO NO DIAGNÓSTICO PRECOCE / Nicolino César Rosito et al. 47

CUIDADOS PRIMÁRIOS

A ORGANIZAÇÃO DE UMA REDE ESTADUAL DE PROTEÇÃO AO RECÉM-NASCIDO DE RISCO EGRESSO DE UTIS NEONATAIS / Erico José Faustini et al. 48
AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DESENVOLVIDAS PELO CENTRO DE ESTUDOS PEDIÁTRICOS DA UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL / Árien Eliza Oldoni et al. 48
ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÕES DE SAÚDE EM ESCOLARES, RESULTADOS DO PROGRAMA SORRINDO PARA O FUTURO SESC-RS / Larissa Simon Brouwers et al. 48

DEFESA PROFISSIONAL

IMPACTO DA PARTICIPAÇÃO EM LIGA DE PEDIATRIA NA GRADUAÇÃO MÉDICA / Rosangela Antunes Matte et al. 49
PERSPECTIVA DA PEDIATRIA NA VISÃO DE ESTUDANTES DE MEDICINA / Joane Antoniolli et al. 49

ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CORTISOL E ESTRESSE EM ALUNOS ATENDIDOS POR UM CENTRO DE EDUCAÇÃO INFANTIL / Nadja Tiellet et al. 49
HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA POR DEFICIÊNCIA DA ENZIMA 17 ALFA-HIDROXILASE / Paola Mari Nakashima Cano et al. 50
XANTOMA ERUPTIVO: RELATO DE CASO / Cristiane Kopacek 50

GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA

ABSCESSO HEPÁTICO: RELATO DE CASO / Juliana Dall´Onder et al. 51
ATRESIA DE VIAS BILIARES / Larissa Coconcelli Kasper et al. 51
CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS E HISTOLÓGICAS DE UMA AMOSTRA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES INFECTADOS PELO HELICOBACTER PYLORI / Juliana Ghisleni de Oliveira et al. 51
COLESTASE NEONATAL: ASSOCIAÇÃO DE SÍNDROME DE ALAGILLE E INFECÇÃO POR CITOMEGALOVÍRUS / Osvaldo Artigalás et al. 52
COLESTASE NEONATAL GRAVE CAUSADA POR HEPATITE DE CÉLULAS GIGANTES ASSOCIADA A ANEMIA HEMOLÍTICA POR DEFICIÊNCIA DE G6PD: RELATO DE CASO / Raquel Borges Pinto et al. 52
DOENÇA DE MÉNÉTRIER EM LACTENTE DE 2 ANOS: RELATO DE CASO / Ana Regina Lima Ramos et al. 52
DOENÇA DE MÉNÉTRIER EM MENINO DE 4 ANOS / Tiago Jeronimo dos Santos et al. 53
DOES EATING THE EGGS MAKE ANY DIFFERENCE FOR ZEBRAFISH? / Gabriela Lima Pedroso et al. 53
DUCTOPENIA GRAVE ASSOCIADA AO USO DE ANTICONVULSIVANTE EM PACIENTE COM NECRÓLISE EPIDÉRMICA TÓXICA: RELATO DE CASO / Raquel Borges Pinto et al. 53
EFEITO DA TAURINA SOBRE A ESTEATOSE HEPÁTICA INDUZIDA POR TIOACETAMIDA EM ZEBRAFISH (DANIO RERIO) / Thais Ortiz Hammes et al. 54

HEPATOBLASTOMA EM ADOLESCENTE FEMININA: UM CASO EM IDADE ATÍPICA / Nadja Tiellet et al. 54
LACTOBACILLUS RHAMNOSUS COLONIZA INTESTINO DE ZEBRAFISH APÓS EXPOSIÇÃO AO ETANOL / Ana Cláudia Reis Schneider et al. 54
PROFILAXIA PARA ÚLCERA DE ESTRESSE EM PACIENTES INTERNADOS EM CINCO UTIS PEDIÁTRICAS DE PORTO ALEGRE, RS, BRASIL / Taísa E. Araújo et al. 55
PROFILAXIA SECUNDÁRIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS PORTADORES DE VARIZES ESOFÁGICAS / Janine Potrich et al. 55
RN PREMATURO COM 4 EPISÓDIOS DE ENTEROCOLITE NECROSANTE: RELATO DE CASO / Paulo de Jesus Hartmann Nader et al. 55
SOBREVIDA DO FÍGADO NATIVO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS APÓS PRIMEIRO EPISÓDIO DE INFECÇÃO DA ASCITE / Melina Ultz Melere et al. 55
USE OF MULTISTIX REAGENT STRIP IN DIAGNOSIS OF ASCITES INFECTION IN CIRRHOTIC CHILDREN / Sandra Maria Gonçalves Vieira et al. 56
TRANSPLANTE HEPÁTICO ISOLADO POR FIBROSE CÍSTICA: SETE ANOS DE SEGUIMENTO / Sandra Maria Gonçalves Vieira et al. 56

INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA

A IMPORTÂNCIA DA ORIENTAÇÃO MÉDICA NA PREVENÇÃO DA TOXOPLASMOSE CONGÊNITA: RELATO DE CASO / Laura Marmitt et al. 56
DOENÇA DE KAWASAKI E MONONUCLEOSE INFECCIOSA: RELATO DE CASO / Vanessa Valesan 57
GRIPE PNEUMÓNICA A (H1N1) DE 1918 EM PORTUGAL CONTINENTAL: LIÇÕES DO PASSADO, ALERTAS NO PRESENTE E NO FUTURO / João José Cúcio Frada 57
LEISHMANIOSE VISCERAL: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO / Ângela de Moura et al. 57
PARASITOSES INTESTINAIS EM CRIANÇAS DE UM BAIRRO DE UM CENTRO URBANO AO SUL DO BRASIL / Vanessa Adriana Scheeffer et al. 58
TOXOPLASMOSE EM RECÉM-NASCIDOS / Silvana Moura et al. 58
TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV EM GESTAÇÃO GEMELAR / Nildo Eli M. D'Avila et al. 58

NEFROLOGIA PEDIÁTRICA

SÍNDROME NEFRÓTICA CONGÊNITA: RELATO DE CASO / Juliana Talita Goes et al. 58

NEONATOLOGIA

APLASIA CUTÂNEA CONGÊNITA / Adriana Souza dos Santos et al. 59
EFEITOS DO USO MATERNO DA PRINCIPAL CLASSE DE ANTIDEPRESSIVOS SOBRE O FETO E O RECÉM-NASCIDO / Ilson Enk et al. 59
MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS NO SUL DO BRASIL: ESTUDO DE CASO-CONTROLE EM CENTRO DE REFERÊNCIA / Laura Teixeira Canti et al. 60
RELATO DE CASO: ENCEFALOPATA HIPÓXICO-ISQUÊMICA INTRAÚTERO / Fabiani Waechter Renner et al. 60
TRIAGEM NEONATAL NO PERÍODO PRECONIZADO: EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE PORTO ALEGRE / Vanessa Devens Trindade et al. 60

NEUROLOGIA PEDIÁTRICA

DISTÚRBIOS DO SONO EM CRIANÇAS COM EPILEPSIA / Bruna Finato Baggio et al. 61
ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSÍVEL: RELATO DE CASO / Maigrei Dani Ferrari et al. 61
ESPINHA BÍFIDA CONGÊNITA: PREVALÊNCIA E ÓBITOS EM PORTO ALEGRE / Grasiele Mello et al. 61
ESTUDO DE CASO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TRANSTORNO DE HUMOR EM PACIENTE COM SÍNDROME DE HUNTER / Vinicius Costa da Rosa et al. 61
LEUCOMALÁCIA PERIVENTRICULAR E AS SEQUELAS NO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR / Ruth Ellen Blau Grimmet al. 62
MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA ROTA ASSOCIADA A NEUROCISTICERCOSE EM ADOLESCENTE: RELATO DE CASO / Elton Ferreira de Almeida Férrer et al. 62
MIGRÂNEA NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA / Diego Ustárroz Cantali et al. 62
REALIDADE VIRTUAL NA NEURORREABILITAÇÃO PEDIÁTRICA / Bruna Finato Baggio et al. 63
RELATO DE CASO: MALFORMAÇÃO DE ARNOLD CHIARI TIPO II / Fabiani Waechter Renner et al. 63
RELATO DE CASO: PROJETO ANEMIA-APRENDER BRINCANDO ESF MALAFAIA / Denise Isabel Zandoná et al. 63
SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ: VARIANTE MOTORA / Franciele Moro Poletto et al. 64

NUTROLOGIA PEDIÁTRICA

ASPECTOS NUTRICIONAIS EM PACIENTE COM ATRESIA DE ESÔFAGO E SÍNDROME DE DOWN: RELATO DE CASO / Janaína Elsing et al. 64
BAIXO PESO EM CRIANÇAS DE UM CENTRO URBANO AO SUL DO BRASIL / Vanessa Adriana Scheeffer et al. 64

OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA

A IMPORTÂNCIA DA FISIOTERAPIA NAS DESORDENS VESTIBULARES DA INFÂNCIA / Rodolfo Alex Teles et al. 65

PEDIATRIA AMBULATORIAL

ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR DA OSTEOGÊNESE IMPERFEITA: UM RELATO DE CASO / Janaína Elsing et al. 65
ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM CRIANÇAS COM DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA / Adriano Detoni Filho et al. 65
AVALIAÇÃO DA ACUIDADE VISUAL EM ALUNOS DE ESCOLA PÚBLICA E PARTICULAR DE CAMPO GRANDE, MS / Paola Mari Nakashima Cano et al. 65
ENURESE E DISFUNÇÃO MICCIONAL: ESTÃO RELACIONADAS? / Denise Marques Mota et al. 66
HÁBITOS INTESTINAIS NA INFÂNCIA / Denise Marques Mota et al. 66
HIPERTENSÃO ARTERIAL E OBESIDADE: ESTÃO ASSOCIADAS? / Denise Marques Mota et al. 66
PREVALÊNCIA DE ANEMIA NO SEGUIMENTO DE PRÉ-TERMOS DE MUITO BAIXO PESO / Claudia Ferri et al. 67
PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM ESCOLARES DE 7 A 14 ANOS QUE FREQUENTAM ESCOLAS MUNICIPAIS DE HERVAL D'OESTE, SC / Michele Lopes Igansi et al. 67
SÍNDROME METABÓLICA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES / Denise Marques Mota et al. 68
IMPORTÂNCIA DA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL EM UMA COORTE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES / José V C Spolidoro et al. 68

PEDIATRIA DO DESENVOLVIMENTO E COMPORTAMENTO

ANEUPLOIDIA DOS CROMOSSOMOS SEXUAIS ASSOCIADA A RETARDO MENTAL / Régis Augusto Reis Trindade et al. 68
BENEFÍCIO DO CONSUMO DE ÔMEGA-3 E ÔMEGA-6 EM CRIANÇAS / Karen Miotto et al. 69
IMPACTO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA DESNUTRIÇÃO INFANTIL / Gabriela Grossi et al. 69
PROJETO SÓ RISO / Cezar Guilherme Raymundo Tabach et al. 69
SÍNDROME XYY: RELATO DE CASO / Fátima Cleonice de Souza et al. 70

PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA

BRONQUIOLITE AGUDA: EVOLUÇÃO CLÍNICA EM PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO AMAZONAS / Brena Silva dos Santos et al. 70
PERFIL ETIOLÓGICO VIRAL NA DOENÇA OBSTRUTIVA DO TRATO RESPIRATÓRIO INFERIOR E FATORES ASSOCIADOS À RECORRÊNCIA DA SIBILÂNCIA / Carolina Valduga Bohrer et al. 70
USO DE CORTICOIDE NO TRATAMENTO DE BRONQUIOLITE AGUDA: AINDA UMA PRÁTICA FREQUENTE / Brena Silva dos Santos et al. 70

SEGURANÇA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

INJÚRIAS NA INFÂNCIA: CAPACITAÇÃO DE CUIDADORES E EDUCADORES EM SUPORTE BÁSICO DE VIDA EM PEDIATRIA E DESOBSTRUÇÃO DE VIA AÉREA / Cecília Rotava Buratti et al. 71

TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

PERCEPÇÃO DOS PAIS EM RELAÇÃO À MORTE DE SEUS FILHOS / Gilda Abib El Halal et al. 71
PARTICIPAÇÃO DAS ENFERMEIRAS NAS DECISÕES DE LIMITAÇÃO DE VIDA EM UTI / Cristine Nilson et al. 71

ADOLESCÊNCIA

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE SEXUALIDADE E DST DE UM GRUPO DE ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA PÚBLICA DE PORTO ALEGRE

Laura Marmitt, Pablo Pierezan Camargo, Fernanda Mariani Cocolichio e Guilherme Coelho Dantas

INTRODUÇÃO: A falta de orientação é um dos principais obstáculos à prevenção de doenças e de complicações decorrentes das mesmas, acarretando grande impacto social e um alto custo para a saúde pública. A educação em saúde se torna especialmente importante quando abordamos o tema sexualidade e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST) em adolescentes, visto as importantes modificações corporais e emocionais vivenciadas. Nesse período, em que a atividade sexual se inicia, há falta de informação e dúvidas que propiciam o contágio por DST. OBJETIVOS: Avaliar o nível de instrução dos adolescentes sobre sexualidade e prevenção de DST e conhecer a importância da educação em saúde nesta área através de ações educativas abordando estes temas. MÉTODOS: Foi realizada uma atividade de educação em saúde com 14 adolescentes com idades entre 12 a 15 anos de uma escola pública da cidade de Porto Alegre, RS. Divididos em 3 grupos, os adolescentes responderam a questões relativas a atividade sexual e realizaram a colocação do preservativo em uma prótese peniana, procedimento que foi avaliado segundo 5 critérios pré-estabelecidos. RESULTADOS: O tema gerou bastante discussão entre os adolescentes, que se mostraram muito interessados em conhecer as respostas corretas para as perguntas propostas. Os grupos erraram questões sobre situações possíveis de engravidar, utilização de métodos contraceptivos e formas de transmissão de DST, entre outras. Além disso, nenhum dos três grupos conseguiu realizar de maneira adequada a colocação do preservativo. Após a tarefa, foi demonstrada a técnica correta de colocação e retirada do preservativo masculino, momento em que os alunos solicitaram para repetir a tarefa para que pudessem efetivamente aprender. CONCLUSÃO: A atividade realizada sugere que os adolescentes ainda não haviam recebido instrução adequada sobre os temas abordados e não têm informações básicas sobre atividade sexual, apesar de o assunto estar em constante evidência na mídia e nas campanhas de saúde de diversos setores. Esta situação facilita a disseminação das DST, as quais poderiam ser evitadas se os jovens recebessem as devidas informações. Conclui-se que a realização de projetos de educação em saúde pode proporcionar maior esclarecimento à população, minimizando seu impacto e reduzindo custos para saúde pública.

FATORES DE NÃO ADESÃO AOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS POR ADOLESCENTES GRÁVIDAS DA CIDADE DE CAMPO GRANDE, MS

Paola Mari Nakashima Cano, Alexandre da Silveira Alonso, Bruno Alfredo Gonçalves Salvetti, Giovanna Ricarte Granja Gomes, Jamil Mugayar Neto, Luiz Felipe Bastos Muniz, Natália Souza Aono, Nathália Rezende da Costa, Silvio Charles da Silva Canale e Ana Cláudia Alves Pereira

INTRODUÇÃO: A motivação deste trabalho foi saber por que existem altos índices de gravidez na adolescência no Brasil, sendo que houve aumento de investimentos em campanhas de contracepção e assistência de saúde, com ampla abrangência e acesso; e por que as adolescentes não aderem aos métodos contraceptivos, sendo estes disponíveis gratuitamente na rede pública. OBJETIVO: Verificar quais fatores levam as adolescentes grávidas a não aderirem aos métodos contraceptivos. MÉTODOS: Estudo transversal, observacional, prospectivo, caso controle, realizado através de entrevista com gestantes e puérperas em Campo Grande, MS, na Santa Casa de Campo Grande e na Maternidade Cândido Mariano, de julho de 2010 a agosto de 2010, com amostra igual a 104 pacientes. Para a avaliação da adesão das pacientes que utilizavam anticoncepcional oral, foi utilizado o método de Morisck-Green-Lavigne. Dados tabulados através do software Epi-Info Versão 3.5.1, 2002. RESULTADOS: Das mulheres que utilizavam algum tipo de método anticoncepcional (75%), 54,8% eram adultas. Destas, o método mais utilizado foi o anticoncepcional combinado oral. Mulheres que não utilizavam nenhum método contraceptivo (25%), sendo 59,3% adolescentes. Motivo mais frequente de não utilização foi justificativa de querer engravidar (11,7%), sendo 58,3% adolescentes. As entrevistadas que utilizavam somente preservativo (78,78%) relataram já ter esquecido de utilizá-lo alguma vez, sendo 61,5% adolescentes. Grau de adesão ao anticoncepcional combinado oral foi avaliado em 56 entrevistadas pelo teste de Morisck-Green-Lavigne, 81,4% consideradas com baixo grau adesão e 19,6% grau de adesão alto. Conclui-se que 81,8% das adolescentes participantes tinham baixo grau de adesão, e 18,2% tinham alto grau. No grupo adulto, 79,4% tinham baixa adesão, e 20,6% alto grau de adesão. As entrevistadas foram questionadas sobre esquecimento do uso da medicação, constatando-se que a grande maioria, independente da idade, continuava tendo relações sexuais normalmente e que tinham o costume de tomar uma dose extra no dia seguinte. CONCLUSÃO: As pacientes não têm uma boa adesão aos métodos contraceptivos. As adolescentes possuem mais motivos evitáveis, como minoria no uso de ACO, uso de preservativo isolado. Há necessidade de aumentar adesão das pacientes ao Programa de Planejamento Familiar, principalmente pelas adolescentes, para melhor índice de uso correto do método contraceptivo.

SÍNDROME DE HERLYN-WERNER-WUNDERLICH

Priscila Coelho Amaral, Carolina Chaves Taffarel, Bianca Roschildt Pinto e Marilia Gemelli Eick

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich ocorre a partir de um defeito de fusão dos ductos müllerianos. As falhas müllerianas são responsáveis por inúmeras anormalidades ginecológicas, que incluem agenesias e/ou duplicações do útero e/ou vagina. Também estão frequentemente associadas a alterações do sistema renal e do esqueleto axial. RELATO DE CASO: J.H., 11 a, feminina, Tanner 3, branca, estudante, procedente do interior do estado. Previamente hígida. Menarca há 6 meses com ciclos regulares e dismenorreia. Iniciou com dor abdominal súbita irradiada para região anal. Foi avaliada por proctologista, e ao exame de toque retal apresentou massa dolorosa. No exame ecográfico pélvico havia presença de hematométrio à esquerda e útero bicorno. Paciente referiu melhora da dor após episódio de sangramento vaginal intenso. Procurou ginecologista sendo solicitada nova ecografia evidenciando malformação uterina (útero bicorno) com hematométrio à esquerda e agenesia renal ipsilateral. Paciente encaminhada ao Serviço de Medicina do Adolescente para investigação das anormalidades descritas. Após confirmação das malformações foi estabelecido diagnóstico da Síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich. Paciente segue em acompanhamento ambulatorial com nefrologista pediátrica, ginecologia e Serviço de Adolescente. DISCUSSÃO: A Síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich é composta por malformações nos tratos genital e renal. A sua apresentação inclui agenesia renal unilateral, útero bicorno e septo vaginal ipsilateral. Trata-se de uma anomalia rara com incidência entre 0,1 a 6% e ainda pouco conhecida pelos pediatras. O diagnóstico coincide com o início dos ciclos menstruais onde os sintomas costumam surgir. As queixas mais comuns são

dismenorreia, irregularidade menstrual e massa abdominal dolorosa. Pode evoluir com aderências pélvicas e endometriose. É comum o diagnóstico diferencial com doença inflamatória pélvica. O tratamento, na maioria dos casos, é cirúrgico, com marsupialização do septo vaginal. A descoberta precoce desta anomalia é importante na prevenção da infertilidade e abortamentos recorrentes.

ALEITAMENTO MATERNO

FATORES DE INFLUÊNCIA SOBRE A DECISÃO DE AMAMENTAR E O DESMAME PRECOCE

Camila Lopes de Oliveira e Cristiani Vicentini

INTRODUÇÃO: O leite materno é um alimento completo, não havendo necessidade de complementação antes dos seis meses de vida. Apesar de seus comprovados benefícios, as taxas de amamentação no Brasil e no mundo continuam aquém do recomendado. Em Chapecó, SC, não existem registros sobre a frequência de aleitamento materno, desmame precoce e seus fatores de influência. OBJETIVOS: Conhecer a taxa de aleitamento materno no município de Chapecó, SC, e verificar os fatores de influência sobre a decisão de amamentar e o desmame precoce. MÉTODOS: Estudo transversal observacional descritivo, realizado em cinco Unidades Básicas de Saúde de Chapecó selecionadas de forma aleatória simples a partir de uma lista fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde. Foi aplicado um questionário aos pais de 95 crianças com idades entre seis meses e dois anos. O programa utilizado para a análise dos dados obtidos com os questionários foi o Epi Info versão 3.5. RESULTADOS PARCIAIS: Analisados 56 questionários, verificou-se que o tipo de parto prevalente foi o Cesário, com 67,9% de frequência, sendo que as mães submetidas a ele amamentaram mais que aquelas que deram a luz por via vaginal: seis e quatro meses, respectivamente. Outro dado averiguado foi o nível de instrução materna: 42,9% das mães apresentaram nível médio de escolaridade; 33,9% nível superior e 23,2% ensino fundamental. Metade das famílias informou renda de um a três salários mínimos e 48,2% renda maior que quatro salários (cujas mães amamentaram exclusivamente (AME) até os seis meses). A idade de introdução de alimentação complementar mais prevalente foi aos seis meses (30,4%) e o principal motivo de introdução de complementos foi a necessidade da mãe de voltar ao trabalho (28,6%). O apoio do companheiro foi decisivo para 53,6% das mães aderirem e persistirem na amamentação. CONCLUSÃO: Dois terços das mães foram submetidas ao parto cesário em contrapartida ao parto via vaginal; aquelas conduziram o AME até os seis meses, enquanto que as últimas até os quatro meses. A maioria das mulheres questionadas cursou o ensino médio e, em número absoluto, foram estas que amamentaram por um período maior. Constatou-se que o principal motivo para a introdução da alimentação complementar, antes mesmo dos seis meses, é a necessidade do retorno da mãe ao trabalho. Nota-se a importância do incentivo às mulheres para a prática da amamentação, já que, na amostra, visualizou-se o apoio do companheiro à continuidade do aleitamento.

IMPACTO DO LEITE HUMANO SUPLEMENTADO NA MINERALIZAÇÃO ÓSSEA E CRESCIMENTO RECÉM-NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO

Tiago Dalcin, Paulo Einloft, Renato M. Fiori, Humberto Fiori, Beatriz Porto, Felipe Cabral, Jefferson Pedro Piva

OBJETIVO: Avaliar o efeito da suplementação do leite humano (FM85® Nestle Nutrition), na mineralização óssea e no crescimento de recém-nascidos pré-termos de muito baixo peso. MÉTODOS: Foram estudados 38 recém-nascidos pré-termo com menos de 1.500 g de peso de nascimento, durante a internação na UTI-Neonatal do Hospital São Lucas da PUCRS, entre julho de 2006 e janeiro de 2010. Os 19 RN do grupo 1 receberam leite humano acrescido de FM85® enquanto os 19 RN do grupo 2, apenas leite humano. A mineralização óssea foi avaliada através de densitometria óssea de corpo inteiro com raio X de dupla energia (começo e final do estudo). Além das medidas antropométricas, foram realizados exames laboratoriais de controle: cálcio, fósforo, fosfatase alcalina, cálcio e fósforo urinário. RESULTADOS: Os dois grupos não apresentaram diferenças tanto na entrada como ao final do estudo em relação à idade gestacional (média 29,7 sem ± 2,4 versus 29,3 sem ± 2,05; p = 0,91), peso (1.168 g ± 199 versus 1.178 g ± 231; p = 0,73), comprimento (36,2 cm ± 3,4 versus 37,6 cm ± 2,4; p = 0,81) e perímetro cefálico (26,1 cm ± 2,7 versus 26,1 cm ± 1,9; p = 1,0). O conteúdo mineral ósseo (5,49 ± 3,65 g versus 4,34 ± 2,98 g; 0,39; p = 0,39) e o conteúdo mineral ósseo corrigido pelo peso (4,54 ± 2,76 g versus 3,40 ± 2,14; p = 0,23) bem como o total do leite humano ingerido e o tempo de internação foram semelhantes nos dois grupos. O volume percentual de leite humano ingerido, e tempo de internação também foram semelhantes entre os dois grupos no momento da alta. Não houve diferença significativa entre os dois grupos em relação ao cálcio e fósforo sérico, assim como ao cálcio e fósforo urinário. A fosfatase alcalina foi mais elevada no grupo que não utilizou o suplemento FM85® (720 ± 465 UI versus 391 ± 177 UI; p = 0,007). Ao final do estudo, o conteúdo mineral ósseo foi maior no grupo FM85® (10,39 ± 4,71 g versus 6,19 ± 3,23 g; p = 0,003). Da mesma forma, a concentração mineral óssea ajustada ao peso foi maior no grupo do leite humano suplementado (5,29 ± 2,5 g/Kg versus 3,17 ± 1,6 g/Kg; p =0,005). CONCLUSÕES: Nossos dados sugerem que a suplementação do leite humano com FM85® promove maior mineralização óssea dos recém-nascidos pré-termos de muito baixo peso.

MÉDIA DA DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO (AME) EM CRIANÇAS INTERNADAS EM CLÍNICA PEDIÁTRICA NO HUSFP – PELOTAS (RS) E PERFIL PSICOSSOCIAL DE SUAS MÃES

Angela Rosa Tornatore, Harla Taborda Dalferth, Richard Blank Brodt, Laís Marques Mota, Luiza Helena Vinholes Siqueira Novaes e Denise Marques Mota

INTRODUÇÃO: Pesquisas realizadas nas duas últimas décadas contribuíram para a melhor compreensão dos benefícios do aleitamento materno para o bebê (menor morbidade por diarreia, por exemplo) e para a mãe (retardo na volta da menstruação e maior rapidez na perda de peso pós-parto, por exemplo). A OMS recomenda o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, entretanto, a realidade está longe do preconizado. Os resultados desse estudo contribuirão para a obtenção de um perfil detalhado das mães de crianças que internam no HUSFP-Pelotas/RS, um dos maiores hospitais de médio porte do RS, além de possibilitar a avaliação da duração do AME das mesmas. No futuro, poderão ser úteis na produção de ações que apoiem efetivamente o aleitamento neste hospital, o que se refletirá beneficamente na saúde da população infantil da cidade de Pelotas-RS. OBJETIVOS: Determinar o perfil psicossocial de mães de crianças internadas em clínica pediátrica no HUSFP-Pelotas/RS; determinar o tempo médio de aleitamento materno exclusivo dessas crianças. MÉTODOS: Estudo observacional, transversal, descritivo. Coleta de dados realizada através da aplicação de questionários às mães de crianças internadas na clínica pediátrica do HUSFP, durante ago-set/2010, totalizando 94 crianças. Foram coletadas

variáveis demográficas e socioeconômicas maternas (escolaridade, idade, situação conjugal, trabalho fora de casa, tabagismo e renda familiar) e das crianças (tempo de AME, peso ao nascer, cor, sexo, situação vacinal, presença de doença crônica). O aleitamento materno foi definido como exclusivo quando a criança só recebia o leite materno e nenhum outro sólido ou líquido, com exceção de vitaminas ou medicamentos. Os dados foram digitados no programa Excel e analisados no programa Stata 11.0. RESULTADOS: 86% das mães amamentaram; 67% têm 1º grau Incompleto; 54% têm entre 20-29 anos, 82% estão casadas/com companheiro, 75,5% não trabalham; 56% nunca fumaram, 94% têm renda de 1 a 3 salários. Idade média do desmame: 1,4 mês. CONCLUSÃO: O perfil psicossocial foi caracterizado por mães entre 20 e 29 anos, 15% adolescentes, maioria casada/com companheiro, "do lar", escolaridade entre 5 e 8 anos e renda de 1 a 3 salários. Embora 86% das mães tenham amamentado, a duração do AME foi menor do que o preconizado pela OMS, o que reforça a necessidade de conscientização e desenvolvimento de ações pelo seu incremento no HUSFP-Pelotas/RS.

PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM UM MUNICÍPIO SERRANO DO RIO GRANDE DO SUL, BRASIL

Núbia Beche, Ricardo Halpern e Airton Stein

OBJETIVOS: Investigar a prevalência do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de um ano em Bento Gonçalves (RS) e avaliar as possíveis associações entre aleitamento materno exclusivo e variáveis socioeconômicas, ambientais reprodutivas e vínculo mãe-bebê. MÉTODOS: Estudo transversal, com mães e crianças menores de um ano de idade. Os dados foram obtidos mediante entrevistas com perguntas diretas, seguidas pela observação de indicadores de vínculo mãe-bebê, durante Campanha Nacional contra a Poliomielite de 2008. Foi utilizado um modelo hierarquizado para as variáveis preditoras e analisados através da regressão de Cox. RESULTADOS: Foram incluídas 876 díades. Destas, 623 (71%) receberam leite materno nas últimas 24 horas. A prevalência do Aleitamento materno exclusivo nos menores de 6 meses de idade foi de 55,1% (n=233). A mediana do aleitamento materno exclusivo foi de 63 dias. As variáveis que na análise multivariada apresentaram significância estatística ($p < 0,05$) com o desfecho aleitamento exclusivo foram: trabalho materno, uso de chupeta, mamadeira e não participação em grupo de gestante. CONCLUSÕES: A prevalência do aleitamento materno exclusivo, no município de Bento Gonçalves (RS), mostra-se abaixo da preconizada pela Organização Mundial da Saúde. As variáveis com associação significativa na análise multivariada são passíveis de intervenções. Procedimentos de prevenção primordial como participação em grupo de gestantes, evitar uso de chupeta e não introdução de outros alimentos precocemente deve ser estimulada.

ALERGIA, IMUNOLOGIA E REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA

APRESENTAÇÃO CLÁSSICA DE PÚRPURA DE HENOCH-SCHÖNLEIN: RELATO DE CASO

Geanine Göelzer Gobo, Monique Malacarne Michelin, Juliana Fiss Pothin e Alice Donato Gonzalez

INTRODUÇÃO: A púrpura de Henoch-Schönlein (PHS) é a vasculite sistêmica mais comum na faixa etária pediátrica, com predomínio no sexo masculino (2:1) e acomete preferencialmente pequenos vasos. A incidência média é de 9 casos/100.000 crianças. Frequentemente, o quadro se inicia após uma infecção de vias aéreas superiores e é de caráter autolimitado. O diagnóstico é facilmente firmado em bases clínicas, quando os sinais e sintomas são típicos, através dos critérios do Colégio Americano de Reumatologia-90. A PHS é caracterizada por púrpura palpável na ausência de coagulopatia, artrite, dor abdominal e doença renal. O tratamento preconizado é sintomático, reservando o uso de corticoides para complicações gastrointestinais, renais, neurológicas, púrpura recidivante ou crônica. HISTÓRIA: J.R.S., masculino, branco, 6 anos, iniciou com quadro de amigdalite bacteriana, sendo tratado com Amoxicilina. Após 1 dia, apresentou episódios de vômitos, dor abdominal e petéquias em membros inferiores. Com 7 dias de evolução, procurou o Pronto-Socorro de Pelotas devido a vômitos frequentes, dor abdominal e não resposta ao tratamento proposto, sendo internado para avaliação. Realizou exames laboratoriais e de imagem, inalterados. Durante a internação apresentou piora da dor abdominal e das petéquias, fezes mucossanguinolentas e artralgia em joelhos, levantando-se a hipótese diagnóstica de PHS. Ao exame físico apresentava dor na palpação abdominal, sem sinais de irritação peritoneal, e lesões purpúricas petequiais palpáveis, distribuídas em membros inferiores e nádegas, confirmando o diagnóstico de PHS pelo quadro clínico (segundo o ACR-90). Neste período, foi realizada ultrassonografia abdominal, com resultado normal. Paciente evoluiu satisfatoriamente durante os 8 dias de internação e foi descartado envolvimento renal, recebendo apenas tratamento sintomático. Foi encaminhado para acompanhamento pediátrico ambulatorial. DISCUSSÃO: O quadro clínico apresentado pelo paciente nos permite realizar clinicamente o diagnóstico de PHS através de suas manifestações de púrpura palpável sem plaquetopenia, idade de início inferior a 20 anos e angina abdominal (ACR-90). Paralelamente, foi observado o comprometimento de vias aéreas superiores antecedendo o quadro, comprovadamente um fator desencadeante dessa patologia. Contudo, mesmo com a evolução favorável com as medidas de suporte, o acompanhamento rigoroso é preconizado, a fim de detectar complicações e intervir se necessário.

CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA

EVOLUÇÃO PÓS-OPERATÓRIA DE PACIENTES COM CARDIOPATIA CONGÊNITA E HIPERTENSÃO PULMONAR SECUNDÁRIA QUE FIZERAM USO PRÉ-OPERATÓRIO DE SILDENAFIL

Estela Suzana Kleiman Horowitz, Geovana Garrote Carvalho, Alessandro Konrad Olszewski e Silvia Casonato

INTRODUÇÃO: A hipertensão arterial pulmonar (HAP) pode estar associada a algumas cardiopatias congênitas, sendo o seu manejo no pós-operatório um desafio. É conhecido o efeito benéfico e eficaz de algumas substâncias na redução da resistência vascular pulmonar como o óxido nítrico (NO), milrinone e isoproterenol. O sildenafil, um inibidor da fosfodiesterase tipo V, previne a degradação do GMPc. Estudos têm mostrado sua eficácia semelhante ao do óxido nítrico na vasodilatação pulmonar tanto em crianças quanto em adultos, sem apresentar o efeito rebote, visto com o NO, além de não ter a necessidade de um dispositivo para sua aplicação. OBJETIVO: Avaliar a evolução pós-operatória em crianças portadoras de cardiopatia congênita com hipertensão pulmonar secundária que fizeram uso pré-operatório de Sildenafil, na dose de 3mg/kg/dose em três doses diárias, por três dias prévios à cirurgia. MATERIAIS E MÉTODOS: Estudo retrospectivo através

de revisão de prontuários. Os parâmetros avaliados foram: tempo de uso de óxido nítrico e milrinone, tempo de ventilação mecânica, tempo de internação em UTI e internação hospitalar, pressão arterial pulmonar pré e pós-operatória, peso e idade no momento cirúrgico e diagnóstico cirúrgico. RESULTADOS: O estudo teve um total de 8 pacientes dos quais a idade variou de 2 meses de vida a 14 anos. O diagnóstico de HAP foi através de cateterismo cardíaco ou por ecocardiografia (estimado pelo gradiente VD/AD). Os diagnósticos foram: Comunicação Interventricular (3 casos), Truncus Arterioso (2), Miocardiopatia Dilatada (1), Persistência do Canal Arterial (1), Defeito do septo atrioventricular (1). O tempo de uso de Sildenafil no pré-operatório variou de 2 a 76 dias para pacientes com cardiopatia congênita, e 1 ano no paciente com miocardiopatia dilatada (MD). Apenas 4 pacientes necessitaram NO no pós-operatório, sem efeito rebote ao ser retirado. O Sildenafil no pós-operatório foi usado por 2 a 32 dias e o Milrinone, por 0 a 13 dias. Cinco pacientes no pós-operatório foram extubados em menos de 24 horas e 3 pacientes necessitaram ventilação mecânica por mais de 5 dias por complicações não relacionadas a HAP. CONCLUSÃO: O uso de Sildenafil no pré-operatório evitou crises de HAP no pós-operatório imediato, permitiu extubação precoce em 50% dos casos e facilitou a retirada do Óxido Nítrico.

SÍNDROME DA HIPOPLASIA DO VENTRÍCULO ESQUERDO: RELATO DE CASO

Monique Malacarne Michelin, Geanine Göelzer Gobo, Elias Sato de Almeida e Emanuele Grizon da Costa

INTRODUÇÃO: A Síndrome da Hipoplasia do Ventrículo Esquerdo (SHVE) é uma cardiopatia congênita cianótica grave que corresponde a 2% das cardiopatias congênitas. Além da cavidade esquerda hipoplásica, existe atresia valvar aórtica e mitral com uma aorta ascendente de calibre diminuído e a circulação sistêmica só é possível pela perviabilidade do canal arterial. Se não tratada, a SHVE leva ao óbito em 100% dos casos, o que a torna a principal causa de mortalidade neonatal precoce. Atualmente, existem duas opções de tratamento: o transplante cardíaco neonatal e a reconstrução paliativa estagiada descrita por Norwood. Porém, o prognóstico é reservado, mantendo a mortalidade imediata e tardia ainda elevada. HISTÓRIA: Recém-nascido do sexo masculino, nascido no HUSFP – Pelotas, de parto cesárea devido a pós-datismo, com escore de Apgar 9/10, pesando 3.325g, sem complicações durante a gestação ou parto. O paciente manteve-se em aleitamento materno exclusivo e sem intercorrências até o segundo dia de vida, quando foi evidenciado sopro cardíaco. Realizada, então, ecocardiografia, que demonstrou hipoplasia ventricular esquerda, hipertensão pulmonar severa, comunicação interatrial moderada e persistência do canal arterial moderada, sem restrição. Foi transferido para a UTI neonatal no 3° dia de vida com cianose central, taquipneia, saturação de oxigênio de 85% em ar ambiente. Com isso, foi iniciado prostaglandina E2 e bicarbonato de sódio melhorando suas condições clínicas. Porém, enquanto aguardava leito em Centro de Referência (Porto Alegre), apresentou piora do padrão respiratório e edema periférico, necessitando dose máxima de Prostaglandina E2 e Furosemida. Como não havia leito para ser transferido antes, deu entrada no Instituto de Cardiologia de Porto Alegre para possível correção cirúrgica apenas no 9° dia de vida, onde, após passagem de cateter venoso central, apresentou bradicardia e não respondeu às manobras de ressuscitação, evoluindo ao óbito. DISCUSSÃO: A baixa sobrevida após a Cirurgia de Norwood e a grande restrição ao transplante cardíaco nesta faixa etária, devido a poucos doadores compatíveis e importantes efeitos colaterais da imunossupressão a longo prazo demonstram a gravidade dessa síndrome. Portanto, é imprescindível o rápido acesso a centros especializados para que as chances de sobrevida não diminuam ainda mais.

HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA RARA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PNEUMONIAS DE REPETIÇÃO EM LACTENTES

Marcio Abelha Martins, Jaquelini Barboza da Silva, Luciano Schopf, Sandra Regina Weber, Clarissa Aires Roza, Sandra Jazorski e Tatiana Kurtz

INTRODUÇÃO: É preocupante o quadro de broncopneumonia em lactentes devido a sua morbimortalidade, além de gastos hospitalares em medicações, procedimentos e internações em UTIs pediátricas. Quadros de repetição requerem atenção do Pediatra para o diagnóstico diferencial e ou epifenômeno no qual a hérnia diafragmática deve ser incluída. OBJETIVO: Caracterizar a hérnia diafragmática no diagnóstico diferencial de pneumonias de repetição no lactente. RELATO DE CASO: Menino de 5 meses com 2 episódios prévios de pneumonias, pré-natal e parto sem intercorrências, com quadro de IVAS, tosse produtiva persistente prostrado, esforço respiratório e afebril. Identificado leucocitose e consolidação em base pulmonar direita; iniciado penicilina cristalina, porém, sem melhora do quadro com imagem radiológica mantida em base direita, feito raios x em perfil com suspeita de elevação de hemicupula direita, também identificada na ecografia de diafragma e tomografia torácica. Foi proposta videolaparoscopia com confirmação de hérnia diafragmática direita com saco herniário, realizada correção cirúrgica via laparotomia. Pós-operatório em UTI pediátrica, feitos raios x com hemicúpula direita em mesma altura que a esquerda; mantidos fisioterapia, broncodilatador e uso de antibiticoprofilático. Recebeu alta para enfermaria e após recuperação completa recebeu alta com fisioterapia 2 vezes por semana, além do acompanhamento ambulatorial, mantendo-se assintomático até o momento. DISCUSSÃO: A pneumonia de repetição pode ser observada em pacientes com patologias prévias como bronquiolites organizadas, bronquiectasias, mucoviscidose e outras doenças crônicas, porém, consolidações fixas ou mantidas devem ter especial atenção ao diagnóstico de malformação, seja pulmonar ou diafragmática, devido ao seu potencial curativo cirúrgico, especificamente na hérnia diafragmática nos lactentes, mesmo não sendo comuns traduz bom prognóstico devido à ausência de hipoplasia pulmonar nestes casos sendo seu diagnóstico e tratamento não muito distinto da eventração diafragmática que na literatura tem sido diferenciada por ecografia ou tomografia que no relato só ocorreu por videolaparoscopia. A hérnia diafragmática a direita só ocorre em 5% das hérnias, sendo bloqueada pelo fígado, o que leva a um quadro mais tardio e menos associado à hipoplasia. CONCLUSÃO: A hérnia diafragmática faz parte do diagnóstico diferencial de pneumonias de repetição no lactente e de consolidações radiológicas fixas em base mesmo à direita.

CIRURGIA PEDIÁTRICA

CORREÇÃO CIRÚRGICA DA ATRESIA DE VAGINA EM LACTENTES

Nicolino César Rosito, Felipe Holanda, Guilherme Peterson, Rafael Mazzuca e Luciano Schopf

INTRODUÇÃO: A atresia de vagina é uma rara causas de hidrometrocolpos no período neonatal. OBJETIVO: relatar dois casos de atresia de vagina submetidos a vaginoplastia por via sagital posterior em lactentes. MATERIAL E MÉTODOS: Relato de dois casos de hidrometrocolpos tipo secretório por atresia de vagina com seio urogenital > 2 cm, submetidos a vaginoplastia

por via sagital posterior. RESULTADOS: As crianças nasceram com atresia de vagina com massa abdominal volumosa por hidrometrocolpos que ocasionou hidronefrose bilateral devido à dilatação e deslocamento dos ureteres. No 1º caso, uma punção guiada por ecografia evidenciou 150 ml de secreção clara. A paciente foi submetida a várias punções para descomprimir o hidrometrocolpos e aos 7 meses foi submetida a vaginoplastia e uretroplastia com mobilização em bloco do seio urogenital, com excelente apecto cométicо e funcional (Figura 3). O 2 º caso foi submetido a descompressão por histerostomia no período neonatal e vaginoplastia aos 2 anos de idade (Figura 2). As vaginoplastias foram realizadas por abordagem sagital posterior, em crianças com seio urogenital > 2 cm, mobilizando em bloco a vagina e a uretra. A Figura 3 mostra o aspecto no pós operatório tardio. Conclusão: A abordagem sagital posterior é uma alternativa para pacientes com atresia de vagina com seio urogenital > 2 cm que serão submetidos a vaginoplastia.

DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA FÍSTULA URETRAL CONGÊNITA

Nicolino César Rosito, Felipe Colombo Holanda, Guilherme Peterson e Rafael Mazzuca

INTRODUÇÃO: É uma anomalia rara e geralmente ocorre na área subcoronal do pênis (Figura 1). A associação com hipospádia e chordee sugere que pode ser uma forma de anomalia de hipospádia. A fístula geralmente tem uma uretra distal bem formada (Figuras 2 e 3), mas pode ser estrita com formação inadequada da glande. O reparo cirúrgico emprega as técnicas utilizadas para a correção de hipospádias e pode envolver simplesmente o fechamento da fístula em múltiplas camadas ou uma reconstrução da uretra distal e da glande. OBJETIVO: Relatar um raro caso de fístula uretral congênita sem hipospádia num lactente de 2 meses, a conduta diagnóstica, o manejo cirúrgico e o resultado. MATERIAL E MÉTODOS: Lactente de 2 meses com história de bom jato urinário e gotejamento na porção subcoronal do pênis desde o nascimento. O paciente apresentava uma uretra distal adequada e permeável, com boa formação glandular. A opção cirúrgica foi de fechamento primário da fístula com fio absorvível 7-0 e com cobertura de 2 camadas de retalho de dartos e postectomia. Foi mantido com sonda de silicone por 5 dias. RESULTADOS: O paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório, com bom jato urinário após a retirada da sonda uretral. CONCLUSÃO: O diagnóstico é clínico e pode ser complementado com uretrocistografia miccional e/ou cistoscopia no momento da correção cirúrgica. Em pacientes com fístula uretral congênita sem hipospádia que apresentam uma uretra distal permeável e adequada conformação da glande, pode ser submetido simplesmente ao fechamento primário, tendo como opção de suporte a confecção de camadas de dartos.

DIVERTÍCULO DE MECKEL: RELATO DE CASO

Juliana Dall´Onder, Bruno Oneto Y Viana Pintos, Tatiana Salini Marin, Eduardo Hoffmann Miranda, José Gomes da Rocha Filho, Natália Schilling Ceratti, Andressa Vargas Martins, Lionel Leitzke, Paulo Sergio Gonçalves da Silva, Caroline Costi, Carolini Moreira, Cristina Denise Friske, Pâmela de Lima e Bibiana Dorneles

INTRODUÇÃO: O divertículo de Meckel é um resquício embriológico em forma de dedo na borda contramesenterial do íleo terminal, correspondendo a uma falha na regressão do ducto onfalomesentérico, que ocorre entre a 5ª e a 7ª semanas de vida embrionária. É a anomalia congênita mais comum do trato gastrintestinal, ocorrendo em 2,2 % dos pacientes, com incidência igual em ambos os sexos. Pode ser assintomático na sua grande maioria, ou sintomático, sendo hemorragias, obstrução intestinal e inflamação seus sintomas mais comuns. OBJETIVOS: Descrever um caso de divertículo de Meckel, seu diagnóstico e tratamento. MATERIAL E MÉTODOS: Relato de caso. RESULTADOS: Menino, branco, 1 ano e 3 meses, nascido em 25/06/09, natural e procedente de Canoas. Procurou a emergência pediátrica de um serviço de saúde em Canoas no dia 19/09/10 com quadro de vômitos e dispneia, apresentando batimento de asa de nariz e desidratação. No dia 20/09/10 mantinha quadro de vômitos, realizando ecografia abdominal que demonstrou distensão de alça por conteúdo líquido, edema da parede e presença de divertículo de Meckel. No dia 21/09 foi levado ao bloco cirúrgico. CONCLUSÃO: O diagnóstico do divertículo de Meckel, quando assintomático, é difícil. A maioria dos exames complementares capta as alterações decorrentes das complicações, como diverticulite, obstrução da luz intestinal, hemorragia ou ainda perfuração. O tratamento é cirúrgico, com laparotomia transversa supraumbilical direita com a ressecção do divertículo.

ENURESE – TRATAMENTO FACILITADO COM PROTOCOLO

Nicolino César Rosito, Felipe Holanda, Guilherme Peterson e Rafael Mazzuca

INTRODUÇÃO: A enurese noturna primária (ENP) ocorre em 15% das crianças com 5 anos de idade. Há uma variedade de fatores que contribuem para o desenvolvimento da enurese, desde fatores genéticos até estresse emocional. Os distúrbios fisiológicos como poliúria noturna, capacidade vesical pequena funcional, resposta vesical de esvaziamento diminuída e distúrbios do sono estão entre as principais causas da enurese. OBJETIVO: Propor um protocolo diferenciado e objetivo para o tratamento da enurese monossintomática e da enurese polissintomática. MATERIAL E MÉTODOS: A aplicação do protocolo é baseada em parâmetros clínicos e laboratoriais, direcionando a conduta conforme os achados. RESULTADOS: O tratamento proposto para todos os pacientes inclui medidas gerais e comportamentais, aplicação do diário miccional e restrição hídrica à noite. Para os pacientes com enurese monossintomática que apresentam poliúria noturna, avalia-se o uso de desmopressina, e naqueles com a capacidade vesical diminuída, o uso de alarme, ou a associação dos dois tratamentos. Na enurese polissintomática ou nos casos resistentes está indicada avaliação especializada, realização de ecografia e avaliação urodinâmica. Crianças com ENP associada a hiperatividade, déficit de atenção, ansiedade, depressão, dislexia e enxaqueca podem se beneficiar com imipramina. O uso de oxibutinina está indicado em pacientes com contrações não inibidas da bexiga e ou bexigas de pequena capacidade. CONCLUSÃO: O uso do Protocolo para ENP monossintomática ou polissintomática favorece a indicação da melhor terapia para o tratamento individualizado dos pacientes. Em algumas situações, a associação de terapias pode ser requerida para melhores resultados.

FECHAMENTO PRIMÁRIO EM GRAVE MORDEDURA CANINA

Marcio Abelha Martins, Jaquelini Barboza da Silva, Daniela Zandoná Brezolin e Camyla Foresti

INTRODUÇÃO: Os acidentes por mordeduras são responsáveis por 1% dos atendimentos médicos de urgência e emergência, sendo a mordedura canina mais comum e as vitimas abaixo de 10 anos mais frequentes. É consenso que em ferimentos corto-contusos deste tipo não devem ser feitas suturas primárias, pelo risco de infecção de partes moles, porém, na pratica, e devido à extensão

e localização de feridas, novos questionamentos estão aparecendo acerca do tema em questão. OBJETIVO: Relatar fechamento primário de ferimento extenso de couro cabeludo em criança de menos de 02 anos sem infecção ou sequela. RELATO DE CASO: Menina de 1 ano e 10 meses atacada por cão em couro cabeludo, levada ao PA, onde foi feito atendimento inicial com curativo compreensivo e encaminhada para internação hospitalar. Após 4 h do acidente, foi identificada extensa lesão de couro cabeludo frontal, temporais bilaterais e occipital (avulsão quase completa) até pericrânio. Paciente com calendário vacinal em dia e levada ao centro cirúrgico para lavagem abundante da ferida, debridamento, anestesia local para diminuição da dor pós-operatória e identificados 4 retalhos a serem reconstruídos primariamente com pontos de Blair Donatti com fio nylon 4.0. O pós-op. foi mantido curativo tipo capacete oclusivo por 48 h e mantida amoxicilina e clavulanato via oral por 7 dias. Alta no segundo pós-op. sem intercorrências com retorno ambulatorial em 1 semana e 2 semanas com cicatrização excelente de todos os retalhos, feita retirada de pontos sob anestesia em Hospital dia. Após 2 semanas, cicatrizes pouco visíveis com crescimento normal de cabelo. DISCUSSÃO: Apesar de ser consenso a cicatrização por segunda intenção, o fechamento primário tem se mostrado com risco infeccioso abaixo da literatura, de 2,5%. No caso relatado, o tempo até o fechamento foi maior que 4 a 6 h, com grande extensão e localização considerada de alto risco infeccioso e hemorrágico com difícil mecanismo de hemostasia e tecido frouxo de fácil propagação infecciosa. Não houve cuidado especial e trocas de curativos, apenas compressão seguida de higiene local, desencorajando uso de pomadas, trocas frequentes e manipulação da ferida como muitas vezes sugeridas pela enfermagem. CONCLUSÃO: Ainda que o consenso cirúrgico seja pelo fechamento de segunda intenção, é necessária a realização de estudos que determinem critérios para melhor seleção dos pacientes que se beneficiariam com o fechamento primário sem alterar o risco infeccioso ou postergar sua realização.

HIDRONEFROSE BILATERAL COM RETENÇÃO URINÁRIA POR HIDROMETROCOLPOS

Nicolino César Rosito, Felipe Holanda, Guilherme Peterson, Rafael Mazzuca e Luciano Schopfi

INTRODUÇÃO: O hidrometrocolpos volumoso é uma rara causa de hidronefrose no período neonatal. OBJETIVO: Relatar dois casos de hidrometrocolpos volumosos com obstrução urinária, hidronefrose bilateral e anúria no período neonatal. MATERIAL E MÉTODOS: Revisão de prontuário de dois casos de hidrometrocolpos volumosos, com hidronefrose bilateral e anúria no período neonatal, discussão dos exames de imagem e conduta. RESULTADOS: Ambas pacientes nasceram com tumoração abdominal que ocupava toda a extensão da pelve até o epigástrio, com hidronefrose bilateral e anúria. A ecografia mostrou hidrometrocolpos volumoso com hidronefrose bilateral e a tomografia computadorizada demonstrou hidrometrocolpos com dilatação e deslocamento dos ureteres. No primeiro caso, a paciente foi acompanhada por ecografia e punções seriadas para esvaziamento do hidrometrocolpos. No segundo caso, foi realizada uma histerostomia descompressiva. A grande massa ocasionada pelo hidrometrocolpos levou à obstrução bilateral do sistema urinário, ocasionando anúria no período neonatal. A descompressão por punção da vagina e a histerostomia puderam ser utilizadas até a estabilização do quadro clínico e posterior realização da correção da malformação genital. CONCLUSÃO: O hidrometrocolpos pode ocasionar obstrução bilateral do sistema urinário, desencadeando hidronefrose bilateral e anúria e deve ser lembrado como causa de hidronefrose. O diagnóstico precoce e a descompressão do hidrometrocolpos proporciona a desobstrução e proteção do sistema urinário.

ÍNDICE DE FERTILIDADE TESTICULAR EM TESTÍCULOS INTRA-ABDOMINAIS

Nicolino César Rosito, Felipe Holanda, Guilherme Peterson e Rafael Mazzuca

INTRODUÇÃO: O testículo intra-abdominal pode sofrer degeneração com o aumento da idade. O testículo retido desenvolve progressiva fibrose intersticial e apresenta pouco crescimento tubular. A espermatogênese diminui devido à atrofia dos túbulos seminíferos, ao desenvolvimento da fibrose intersticial e pela expansão do tecido conectivo, causados pela diminuição da vascularização. OBJETIVO: Avaliar a viabilidade, a histologia e o índice de fertilidade testicular dos testículos intra-abdominais. MATERIAL E MÉTODOS: Estudo prospectivo de 44 testículos de 35 pacientes com testículos intra-abdominais que foram submetidos a videolaparoscopia para diagnóstico e tratamento. A idade dos pacientes variou de 4 a 168 meses, com média de 64 meses e mediana de 53 meses. Os pacientes foram submetidos a videolaparoscopia para orquidopexia e realizaram biópsia testicular por punção com a utilização da pistola Pró-Mag 2.2, com agulha nº 18, através do trocarte de 3 mm. O índice de fertilidade tubular (IFT) foi estabelecido com o número de túbulos seminíferos com espermatogônias e o número de espermatogônias por túbulo. RESULTADOS: O teste não paramétrico de Kruskal-Wallis 1-Way Anova demonstrou uma correlação estatisticamente significativa entre o número de espermatogônias em 50 túbulos seminíferos e a idade ($p = 0,010$). As crianças submetidas a orquidopexia mais precocemente têm melhor índice fertilidade testicular dos testículos intra-abdominais. CONCLUSÃO: O estudo foi eficaz para avaliar a viabilidade dos testículos. O índice de fertilidade testicular dos testículos intra-abdominais diminui com o aumento da idade dos pacientes. A indicação precoce de cirurgia determina melhor potencial de fertilidade nas crianças com testículos intra-abdominais.

LIPOMA GIGANTE NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASSA INTRABDOMINAL

Marcio Abelha Martins, Jaquelini Barboza da Silva e Fatima Cleonice de Souza

INTRODUÇÃO: O lipoma pode ser isolado ou sob forma de lipomatose, nas crianças sua presença é incomum e pode ter apresentação clínica diversa até mesmo como massa intrabdominal nos casos de lipomas gigantes simulando clincamente e radiologicamente outras neoplasias abdominais mais comuns e de pior prognostico como pancreatoblastomas, neuroblastomas e teratomas. OBJETIVO: Demonstrar que o lipoma gigante pode ser causa de massa abdominal epigástrica em criança, devendo estar incluso no diagnóstico diferencial nas massas identificadas em tomografias como possíveis teratomas. RELATO DE CASO: Menina desde 02 anos, com abaulamento epigástrico e com episodio de diarreia volumosa tratada com vermífugo. Abaulamento com crescimento lento e, depois de encaminhada ao gastroenterologista, com 04 anos, foi identificado através de uma tomografia abdominal uma massa abdominal com 21 x 11 x 11 cm sugestiva de teratoma com planos de clivagem em topografia de cólon transverso e estômago progressivamente a criança teve dispneia e lombalgia cada vez pior, sendo indicada internação feita exerese completa sem intercorrencias via laparotomia transversa. No anátomo-patológico identificado células adiposas sem atipias compatível com lipoma. Discussão: O Teratoma em crianças menores que 01 ano tem seu risco de malignização aumentado após 01 ano principalmente seu componente epitelial com apresentação dos carcinomas devendo a cirurgia

ser via aberta e sempre que possível excisional. A suspeita tomográfica não exclui outras neoplasias, como o lipoma, que, apesar de um menor risco de malignização, também deve ser removido por sua variante maligna, o lipossarcoma. Já o pancreatoblastoma está associado à síndrome como Beckwith-Widemann não sendo este o caso e se não houver planos de clivagem deverá apenas ser feita diagnóstico de forma incisional para melhor planejamento de neo-adjuvante, mesmo que o tratamento definitivo e potencialmente curativo seja cirúrgico. Estar preparado para estes pacientes requer um serviço de excelência em radiologia, cirurgia e patologia. Lembrando que o plano de clivagem que auxilia na estratégia cirúrgica pode ser feito por ecografistas experientes. CONCLUSÃO: Mesmo na suspeita tomográfica de teratoma intrabdominal, o lipoma não pode ser excluído. Já o plano de clivagem deve ser bem determinado para definir a estratégia cirúrgica que influenciará no diagnóstico e prognóstico do paciente.

MANEJO DE OBSTRUÇÃO URETRAL POR CISTO PARAURETRAL EM CRIANÇAS

Nicolino César Rosito, Felipe Holanda, Guilherme Peterson e Rafael Mazzuca

INTRODUÇÃO: Os cistos parauretrais são congênitos, mas podem se manifestar tardiamente. São recobertos por epitélio e crescem por obstrução ou degeneração cística de remanescentes do seio urogenital (glândulas parauretrais, ductos de Skene, ductos Mullerianos). O crescimento do cisto pode levar ao rompimento espontâneo, entretanto, quando cresce e desloca lateralmente o meato uretral, ocasiona sintomas urinários e tem indicação de cirurgia. OBJETIVO: Relatar dois casos de cistos parauretrais em crianças, um menino e uma menina, ocasionando sintomas urinários por obstrução do meato uretral. MATERIAL E MÉTODOS: Revisão de prontuário e documentação fotográfica. RESULTADOS: No primeiro caso, uma menina de 2 meses com retenção urinária por obstrução do meato uretral por volumoso cisto para uretral. No segundo caso, um menino de 6 anos com disúria e polaciúria por deslocamento lateral do meato uretral. O diagnóstico foi feito pelo exame físico que demonstrava a presença de cisto parauretral com aspecto mucoide, deslocando lateralmente o meato uretral. Os pacientes foram submetidos à excisão dos cistos, sem necessidade de sonda no pós-operatório e evoluíram sem complicações. CONCLUSÃO: O crescimento do cisto parauretral desloca o meato uretral da linha média e ocasiona sintomas urinários que podem levar à obstrução parcial ou total do meato uretral. O diagnóstico é realizado pelo exame físico, sem necessidade de investigação adicional, e o tratamento cirúrgico é marsupialização ou excisão do cisto.

MANEJO PRIMÁRIO DE EXTROFIA VESICAL E EPISPADIA NO PERÍODO NEONATAL

Nicolino César Rosito, Felipe Holanda, Guilherme Peterson e Rafael Mazzuca

INTRODUÇÃO: A extrofia de bexiga pertence a um espectro de malformações congênitas que afeta os sistemas urinário e musculoesqueléticos. A correção cirúrgica deve ser realizada nas primeiras 48h-72 h de vida e pode ser realizada com fechamento combinado primário. OBJETIVO: Demonstrar a técnica de fechamento primário combinado da extrofia vesical e epispádia no período neonatal. MATERIAL E MÉTODOS: Revisão de prontuário e documentação fotográfica. RESULTADOS: Para efetuar o reparo primário no período neonatal é importante a realização de osteotomia para melhor aproximação do púbis, separação completa da placa vesical, com incisão dos ligamentos intersínfises para ampla mobilização da bexiga e fechamento da placa vesical, mantendo o colo vesical e uretra posterior mais profundamente na pelve. Na correção da epispádia concomitante, é importante separar a placa uretral dos corpos cavernosos e tubularizar a neouretra ventralmente com dissecção dos 2 hemicorpos cavernosos e rotação dos mesmos com cobertura total da neouretra. O paciente foi mantido com cistostomia, splints ureterais e sonda uretral por 3 semanas. Após 2 dias de cistostomia clampeada, faz-se ecografia para avaliar a presença de hidronefrose e retirou-se a cistostomia. O paciente apresentou epidermiólise do prepúcio no pós-operatório e curvatura dorsal residual. CONCLUSÃO: O fechamento primário combinado de extrofia vesical e epispádia pode ser realizado no período neonatal por equipe médica experiente e cuidados pós-operatórios neonatais intensivos. A cirurgia é tecnicamente difícil, mas o fechamento combinado no período neonatal vai permitir o enchimento e esvaziamento vesical precoce com possibilidade de aumentar a capacidade vesical e pode tornar a criança continente no futuro.

O VOLUME TESTICULAR NÃO PREDIZ O POTENCIAL DE FERTILIDADE EM TESTÍCULOS CRIPTORQUÍDICOS

Nicolino César Rosito, Felipe Holanda, Guilherme Peterson e Rafael Mazzuca

INTRODUÇÃO: O volume testicular é considerado um indicador potencial da contagem de células germinativas e pode ser usado para selecionar pacientes para a terapia hormonal. Entretanto, há uma grande variabilidade na contagem das células germinativas por túbulo seminífero em relação ao volume testicular. OBJETIVO: Comparar a histologia e o volume dos testículos intra-abdominais. MATERIAL E MÉTODOS: Estudo prospectivo de 44 testículos de 35 pacientes com testículos intra-abdominais que foram submetidos a orquidopexia videolaparoscópica. A idade dos pacientes variou de 4 a 168 meses, com média de 64 meses e mediana de 53 meses. Os pacientes realizaram biópsia testicular por punção. O índice de fertilidade tubular (IFT) foi estabelecido com o número de túbulos seminíferos com espermatogônias e o número de espermatogônias por túbulo seminífero e a análise volumétrica foi determinada pelo volume dos testículos que foi calculado através da aplicação de duas fórmulas específicas. RESULTADOS: O teste de Kruskal-Wallis 1-Way Anova e o Coeficiente de Spearman foram utilizados para verificar a correlação entre o volume testicular e o número de espermatogônias por túbulos seminíferos. O nível de significância estabelecido foi de 5% ($p < 0,05$). A análise volumétrica dos testículos não demonstrou diferença estatisticamente significativa considerando o volume testícular. A correlação não foi estatisticamente significativa entre o volume testicular e a idade ($p = 0,271$). CONCLUSÃO: Quando se compara o volume testicular com o número de espermatogônias em 50 túbulos seminíferos deste estudo, encontra-se uma correlação estatisticamente não significativa negativa ($r = 0,047$; $p = 0,760$). O volume testicular não prediz o potencial de fertilidade em testículos criptorquídicos.

ONFALOCELE ASSOCIADO A TRISSOMIA DO 18: RELATO DE CASO

Juliana Dall´Onder, Natália Schilling Ceratti, Bruno Oneto Y Viana Pintos, Tatiana Salini Marin, José Gomes da Rocha Filho, Eduardo Hoffmann Miranda, Andressa Vargas Martins, Lionel Leitzke, Catarina Haveroth, Laise Locks Stahlhofer, Vanessa Barrili Busato e Bibiana Dorneles

INTRODUÇÃO: Onfalocele trata-se de uma má-formação localizada no ponto de inserção do cordão umbilical e decorrente do não retorno das vísceras para a cavidade abdominal. Apresenta-se como uma bolsa transparente, revestida externamente pela membrana amniótica e internamente pelo peritôneo. Possui uma incidência de 1 a cada 4.000 nascimentos, com predominância no sexo feminino (5:1). A etiologia é ainda desconhecida e más-formações associadas estão presentes em mais de 50% dos casos, incluindo anormalidades cardíacas, defeitos de tubo neural, hérnia diafragmática, entre outras. As anomalias cromossômicas estão presentes em aproximadamente 25% dos casos de onfalocele, sendo a trissomia do cromossomo 18 a mais comum, seguida pelas trissomias do 13 e 21. Trissomia do cromossomo 18 corresponde à segunda síndrome mais comum em seres humanos, com uma frequência de 1 a 3.500-8.000 nascidos vivos e tem como características principais baixo peso ao nascer, micrognatia, occipital proeminente, esterno curto, orelhas malformadas e de baixa implantação, sobreposição dos dedos das mãos (segundo dedo cavalgado sobre o terceiro e quinto sobre o quarto), hipoevolutismo somático, polidrâmnio, cardiopatia congênita e onfalocele. MATERIAL E MÉTODOS: Relato de caso. RESULTADOS: R.N., masculino, branco, nascido no dia 29/06/2010 e encaminhado à UTI neonatal imediatamente após o parto. Ao exame físico: Abdome: onfalocele. Extremidades: fusão de artelhos de ambos os pés e fusão do 1º e 2º quirodáctilo e 3º e 4º quirodáctilo da mão direita. Demais sem particularidades. Ecografia obstétrica no dia 28/06/10: polidramnio; cardiológico: comunicação interventricular; abdome: onfalocele contendo alças intestinais e dilatação de alças intra-abdominais; extremidades: malformação de artelhos em ambos os pés.O paciente foi submetido a cirurgia de correção da onfalocele bem como atresia de jejuno, aderências e bridas no dia seguinte ao nascimento, sem apresentar nenhuma intercorrência durante e após a cirurgia. No dia 04/08 foi confirmado o diagnóstico de Trissomia do 18. CONCLUSÃO: O objetivo principal do tratamento é conseguir o retorno das vísceras à cavidade peritonial e o fechamento do defeito da parede abdominal, sem causar um aumento crítico da pressão intra-abdominal. Apesar de não ser uma emergência, quanto antes feita a correção cirúrgica, maior a chance de fechamento primário sem complicações.

RELATO DE CASO DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA

Danieli Fernanda Dolvitsch, Hosana Chinazzo, Korine Camargo, João Santos, Silvia Rocha e Maximiliano Costa

INTRODUÇÃO: Hérnia diafragmática congênita (HDC) é resultante de um defeito na fusão das membranas pleuroperitoneais que começa no início do período embriológico mantendo uma solução de continuidade no diafragma com consequente herniação das estruturas abdominais para a cavidade torácica. Acomete 1 em cada 2.000-3.000 nascidos vivos, sendo responsável por 8% de todas as anomalias congênitas maiores.OBJETIVO: Relatar um caso de HDC que foi atendido no serviço de cirurgia geral do Hospital Universitário da ULBRA (HU). RELATO DO CASO: L.M.D, data de nascimento 23/08/2010, masculino, branco, natural e procedente de Santo Ângelo (RS). Peso de nascimento de 3.410 gramas, obteve Apgar de 7 no primeiro minuto e 8 no quinto minuto, capurro de 38 semanas e 5 dias, sendo considerado adequado para a idade gestacional. Apresentou desconforto respiratório precoce necessitando de oxigenoterapia imediata. Chegou ao HU após dois dias do seu nascimento em incubadora de transporte, taquidispneico, com tiragem subcostal leve a moderada, rosado, recebendo O2 a 100%, hidratado, ativo, chorando, HGT 235 mg/dl, frequência cardíaca de 161 bpm, palato íntegro, clavículas sem crepitações. Foi realizado raio-x de tórax que evidenciou a presença de alças intestinas em hemitórax esquerdo com desvio do mediastino, boa expansibilidade de pulmão direito e ausência de gases no reto, tendo, então, como laudo radiográfico hérnia diafragmática à esquerda. Foi realizada laparotomia transversa supraumbilical esquerda para correção da HDC, por via de acesso abdominal, que constatou um defeito pósterolateral esquerdo do diafragma com herniação de todo intestino delgado e grosso para a cavidade torácica esquerda, com rotação intestinal não completa mais bandas de Ladd no cólon direito e transverso com suboclusão. O procedimento consistiu em redução das alças, liberação das aderências com correção da não rotação, posicionamento do intestino delgado à direita e do cólon ascendente e transverso à esquerda, e após o fechamento da hérnia em um plano único sem intenção. Paciente teve uma boa evolução no pós-operatório e obteve alta hospitalar no décimo dia. CONCLUSÃO: A morbidade e mortalidade estão relacionadas à hipoplasia pulmonar, resultante da compressão mecânica nos pulmões em desenvolvimento. As HDC são, usualmente, diagnosticadas nas primeiras 24 horas de vida, devido à grande disfunção respiratória. É de extrema importância seu diagnóstico e tratamento precoce.

RIM PÉLVICO E ESTENOSE DE JUP: O PAPEL DA VIDEOLAPAROSCOPIA NO SEU MANEJO

Márcio Abelha, Jaquelini Barboza da Silva, MAriana Frighetto Tres e Bruna Elisa Koch

INTRODUÇÃO: A localização mais comum da ectopia renal é pélvica, com incidência de 1:2.500 ou 3.000 com predileção ao lado esquerdo e com associação com malformações genitais e urinárias, dentre elas útero bicorno, Síndrome de Mayer Rokitansky Kuster Hauser, ureter ectópico e vasos anômalos. OBJETIVO: Relatar malformações associadas ao rim pélvico e seu manejo videolaparoscopico. RELATO DE CASO: Menina de 7anos em acompanhamento com diagnóstico prévio de rim pélvico, por achado de massa abdominal em fossa ilíaca direita. Assintomática e sem hidronefrose nas ecografias de controle anual com DMSA com função absoluta reduzida. Teve perda do acompanhamento, porém, no final de 2010 teve episódio de abdome agudo com internação em Hospital Universitário com massa abdominal dolorosa palpável acima da cicatriz umbilical com febre e leucocitose. A hidronefrose grau quatro e hipertrofia renal esquerda vicariante foram identificadas na ecografia e confirmadas na tomografia. A paciente teve melhora da dor, redução da massa, remissão da febre e leucocitose após uso de cefuroxima. Realizado novo DMSA com exclusão renal direita. Decidido por Nefrectomia videolaparoscopica de rim pélvico direito excluso com diagnostico intraoperatório de estenose de JUP e útero não desenvolvido. No pos operatório não houve intercorrências e recuperação completa e alta em 48h. DISCUSSÃO: Na paciente, além do rim pélvico ser o direito, havia estenose de JUP e não uma compressão extrínseca por vasos anômalos, frequentemente relatados na literatura. Além disso, não há dados que demonstrem um aumento na relação de estenose de JUP com rim pélvico. A abordagem laparoscópica permitiu a identificação do útero não desenvolvido possibilitando suspeitar de outras malformações genitais como a Síndrome de Rokitansky ainda não confirmada por cariótipo ou estudo de imagem e permitindo seu diagnóstico ambulatorial para futuro aconselhamento genético e familiar caso necessário. A Nefrectomia videolaparoscopica em rim pélvico tem suas peculiaridades como a procura de vasos anômalos sendo neste caso feito sem intercorrencias. CONCLUSÃO: A estenose de JUP pode ser causa de exclusão renal também em rim pélvico, devendo ser pesquisada na presença de hidronefrose ou perda de função renal. A videolaparoscopia em rim pélvico e segura tem um papel diagnóstico nas malformações associadas como terapêutico das mesmas.

SCHWANNOMA SIMULANDO EVENTO ADVERSO PÓS VACINA DE BCG

Katchibianca Bassani Weber, Raquel de Mamann Vargas, Marcelo Carneiro, Márcio Abelha, Adriana Gonzati e Jaquelini Barboza da Silva

INTRODUÇÃO: O schwanoma pediátrico caracteriza-se por ser um tumor mesenquimal benigno encapsulado originado das células de Schwan, geralmente associado a neurofibromatose tipo II e raramente solitário, encontrado no mediastino posterior, membros superiores, cabeça e pescoço, sendo rara sua apresentação em parede torácica. OBJETIVO: Relatar o caso de uma menina de 2 anos, com massa em parede torácica à direita, simulando abscesso frio pós vacina da BCG. MÉTODOS: Revisão retrospectiva do quadro clínico e patológico direcionando para o diagnóstico diferencial. RESULTADOS: Há 6 meses a mãe percebeu uma massa subcutânea de 20 mm que evoluiu com crescimento lento e progressivo em parede torácica com acometimento de região axilar à direita. Foi acompanhada como evento adverso de vacinação com BCG e até realizado tratamento empírico com Rifampicina, Isoniazida e Etambutol. Após 2 semanas de terapia evoluiu com hepatite medicamentosa e aumento da massa, sendo decidido por exérese cirúrgica após descartado invasão de parede torácica e biopsia prévia inconclusiva para tuberculose ou neoplasia. O diagnóstico de Schwanoma foi firmado com a anatomopatologia e imunohistoquímica. CONCLUSÃO: O diagnóstico diferencial de massas axilares em pediatria é amplo. A incidência de evento adverso a BCG é baixa, mas possivelmente subnotificada. A hipótese diagnóstica de schwanoma deve ser incluída nas hipóteses de massas axilares na faixa etária pediatria, apesar de que a apresentação descrita não é comum na faixa etária e topografia.

TRATAMENTO CONSERVADOR E CIRÚRGICO NO TRAUMA ESPLENO-RENAL NA INFÂNCIA

Márcio Abelha, Jaquelini Barboza da Silva, Mariana Frigheto Três, Heloisa Poli, Daniela Miranda e Fernanda Ribeiro

INTRODUÇÃO: O trauma abdominal fechado é o mais comum na infância. As principais causas são os acidentes automobilísticos e quedas. Um terço dos traumas abdominais envolvem o baço e o fígado. O traumatismo renal corresponde a dois terços de todos os tipos de traumatismos geniturinário. O tratamento conservador nas lesões mais graves ainda não tem consenso definido, sendo importante a experiência de centros de atendimento à criança traumatizada. RELATO DE CASO: Menino de 13 anos, que após queda de bicicleta, internou no Hospital Universitário devido forte dores abdominais em flanco esquerdo com hematuria macroscópica, com TA normal e sem taquicardia. Na ecografia e tomografia computadorizada lesão grau III no baço e lesão renal esquerda grau IVA hemoglobina 10,6 G/dL, o hematócrito 33,3%, instituído tratamento conservador. Após 12 h, estava sem hematuria macroscópica, porém taquicárdico e com peritonismo e o hematócrito era 21,1% e a hemoglobina 7 G/dL com ecografia de controle com separação dos polos renais e hematoma expansivo retroperitoneal com derrame pleural esquerdo. Indicada exploração renal esquerda. Feita nefrectomia esquerda com lesão de pelve e artérias segmentares, no pós-operatório teve recuperação completa e alta em 10 dias. DISCUSSÃO: Falhas no tratamento conservador são instabilidade hemodinâmica, hematoma expansivo e compressivo além hematúria macroscópica espoliativa. Neste caso o baço foi preservado, pois não houve piora ecográfica, já o trauma renal, mesmo sem lesão pélvica ureteral radiológica, houve expansão do hematoma e urinoma não contidos com consequente derrame pleural esquerdo incomum a lesão deste grau, confirmada após toracocentese terapêutica e diagnóstica, não sendo necessária a drenagem torácica, comum nestes casos e necessário caso houvesse possibilidade de nefrectomia parcial. No tratamento conservador não há evidências sobre a função imunológica do baço em lesões graves esplênicas, por isso, crianças abaixo de 7 anos de idade mais suscetíveis a germes capsulados devem ter a vacinação feita em esplenectomizados discutidos em futuros estudos. CONCLUSÃO: O tratamento cirúrgico não impede o conservador de lesões combinadas. O acompanhamento ecográfico foi suficiente no diagnóstico da piora e evitando a irradiação desnecessária. A lesão do sistema coletor pode não aparecer na tomografia com contraste na avaliação inicial e apresentações incomuns podem ser a indicação de intervenção cirúrgica como a fístula pélvico pleural esquerda.

USO DO APÊNDICE CECAL PARA CRIAÇÃO DE MECANISMOS QUE AUXILIAM A CONTINÊNCIA URINÁRIA E FECAL

Nicolino César Rosito, Felipe Holanda, Guilherme Peterson e Rafael Mazzuca

INTRODUÇÃO: Crianças com mielomeningoceles apresentam incontinência urinária por anormalidades da inervação vesical, quadro conhecido como bexiga neurogênica. Estão associados, problemas em outros sistemas em graus variáveis de hidrocefalia, deformidades esqueléticas, deficiência na motricidade e sensibilidade dos membros inferiores, bem como do esfíncter anal, podendo ocorrer encoprese e/ou constipação associados. OBJETIVO: Relatar o uso do apêndice cecal para confecção de mecanismo de continência urinária (Mitrofanoff) e fecal (Monti) no mesmo tempo cirúrgico em paciente com mielomeningocele. MATERIAL E MÉTODOS: Revisão de prontuário e documentação fotográfica. RESULTADOS: O apêndice cecal foi dividido em 2/3 (distal) e 1/3 (proximal), mantendo-se o pedículo dos vasos apendiculares. O terço proximal é mantido embricado no ceco para realização de enemas de limpeza (Técnica de Monti) tratando a constipação e/ou encoprese. Os 2/3 distais do apêndice cecal foram implantado na bexiga, entre a mucosa e o detrusor para cateterismo vesical continente (Técnica de Mitrofanoff). No pós-operatório, utilizando o apêndice cecal reimplantado em túnel submucoso vesical como conduto cateterizável (uma derivação urinária continente) permitiu ao paciente manter-se seco por períodos de até 6h, e com o uso de enemas de limpeza pelo conduto cateterizável de Monti a cada 2 dias, melhoraram os sintomas de encoprese encoprese. CONCLUSÃO: O uso do apêndice cecal dividido para confecção de mecanismo de continência urinária (Mitrofanoff) e de conduto cateterizável para enemas de limpeza a partir do ceco (Monti) no mesmo tempo cirúrgico mostrou-se factível e eficaz para a continência urinária e fecal do paciente com mielomeningocele.

VÁLVULA DE URETRA POSTERIOR: APRESENTAÇÃO CLÍNICA VARIÁVEL DEVIDO AO RETARDO NO DIAGNÓSTICO PRECOCE

Nicolino César Rosito, Felipe Colombo Holanda, Guilherme Peterson e Rafael Mazzuca

INTRODUÇÃO: A obstrução valvular da uretra desenvolve-se aproximadamente na 7ª semana gestacional, como resultado da confluência anormal dos ductos menosonéfricos e da membrana no seio urogenital. Dentre as causas de obstrução uretral, a válvula de uretra posterior (VUP) causa alterações secundárias ao trato

urinário superior, às vezes, com consequências devastadoras. Entretanto, a consequente dilatação do trato urinário fetal pode ser detectável por ultrassonografia já por volta da 14ª semana gestacional. OBJETIVO: Identificar os diferentes quadros clínicos decorrentes de válvula de uretra posterior, subdivididos por faixa etária. MATERIAL E MÉTODOS: Estudo retrospectivo, observacional, de 100 pacientes atendidos no HCPA, com diagnóstico de válvula de uretra posterior. RESULTADOS: A maioria dos pacientes (68) teve o diagnóstico somente após o período neonatal. Apenas 10 tiveram diagnóstico pré-natal, sendo que os achados ecográficos mais comuns foram ureterohidronefrose e oligodrâmio (50%). No período neonatal, massa abdominal e distensão abdominal, foram os achados clínicos mais prevalentes. Febre e infecção urinária foram os achados mais prevalentes quando o diagnóstico foi feito no primeiro ano de vida, após o período neonatal. CONCLUSÃO: Embora a ecografia, através do acompanhamento pré-natal, tenha capacidade de evidenciar alterações compatíveis com VUP já no 4ª mês gestacional, nesta série o diagnóstico foi tardio na maioria dos pacientes, muito do que justificado pela inexistência de pré-natal adequado para a população estudada. As manifestações clínicas foram diversas, conforme a faixa etária e aumentaram sua gravidade, quanto mais demorado foi o diagnóstico.

CUIDADOS PRIMÁRIOS

A ORGANIZAÇÃO DE UMA REDE ESTADUAL DE PROTEÇÃO AO RECÉM-NASCIDO DE RISCO EGRESSO DE UTIS NEONATAIS

Erico José Faustini, Eleonora Walcher, Brasília Italia Ache, Werner Ervino Fetzner, Carlos Armando Ulrich Lima, Mara Peres Meneghetti, Fulvia Elena Camporesi Schuster e Sandra Maria Salles Fagundes

INTRODUÇÃO: A "epidemia de prematuros" e o nascimento de outros RN de risco, associado ao avanço do conhecimento na área da neonatologia e da crescente tecnologia disponível para a assistência destes RN, levam ao aumento de RN de risco sobreviventes no Estado. Este fato levou a Secretaria Estadual de Saúde ao desafio de organizar uma rede estadual de assistência ao RN de risco que minimize o risco ampliado que esse grupo tem de adoecer e morrer. OBJETIVO: Criar uma rede estadual de RN de risco egressos de UTIN com a finalidade de prevenir complicações decorrentes do risco. MÉTODOS: Foi feita uma discussão com a Sociedade de Pediatria do Estado e serviços com experiência em acompanhamento ambulatorial de RN de risco para a elaboração de um projeto. Após elaboração, o projeto foi encaminhado para apreciação na Comissão Intergestores Bipartite do Estado. O Projeto foi aprovado por esta comissão através de resolução estadual de saúde, criando a rede de ambulatórios especializados no atendimento do RN de risco egresso de UTIN. A resolução prevê a alocação de recursos financeiros para os hospitais com UTIN e participantes da rede de atenção à gestante de risco, bem como condiciona a adesão destes hospitais à presença de equipe multiprofissional para o atendimento destes RN e a adoção do protocolo de atendimento proposto. RESULTADOS: Dezoito hospitais, permitindo uma cobertura em todo o Estado, incluindo todos os serviços universitários com Faculdade de Medicina e UTIN, aderiram à estratégia que iniciou em junho de 2011. Destes 18 hospitais, 12 já assinaram o termo de adesão e 6 estão em processo de adesão. CONCLUSÃO: A rede estadual de proteção ao RN de risco egresso de UTIN é uma estratégia inédita no Brasil. Esta ação pioneira do Estado trará um impacto positivo à saúde infantil com a padronização da assistência deste grupo de RN de risco por equipe multiprofissional até os dois anos de idade e incrementará a importância da atuação em rede, indispensável para o sucesso de ações de saúde pública na área infantil.

AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DESENVOLVIDAS PELO CENTRO DE ESTUDOS PEDIÁTRICOS DA UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL

Árien Eliza Oldoni, Cecília Rotava Buratti, Mariana Menegotto, Verônica Indicatti Fiomenghi e William Fontan Santiago

INTRODUÇÃO: As Ligas Acadêmicas são entidades sem fins lucrativos compostas por alunos do curso de Medicina e organizadas por discentes, docentes e outros profissionais com interesses comuns em ensino, pesquisa e extensão. As Ligas são autônomas e temáticas e, no caso da Pediatria, têm se constituído para abordar e aprofundar temas referentes à promoção de saúde da criança e do adolescente. Inserida no contexto das Ligas Acadêmicas, o Centro de Estudos Pediátricos (CEPED) desenvolve atividades científicas, culturais e sociais voltadas à comunidade acadêmica e à comunidade em geral, promovendo diversos temas relacionados à saúde da criança. OBJETIVOS: Desenvolver ações ligadas ao meio acadêmico que possibilitem o contato dos estudantes com a comunidade e que promovam a prevenção da saúde da criança. MÉTODOS: Através das ações desenvolvidas pelo CEPED, os membros têm a oportunidade de aprofundar seus conhecimentos a respeito da saúde da criança e do adolescente por meio de análise e discussão de estudos científicos, palestras com profissionais de diversas áreas e ações/intervenções em Hospitais e Escolas. Além do papel de produção de conhecimento acadêmico, o desenvolvimento de ações comunitárias proporciona grandes ganhos para a comunidade, na medida em que oportuniza ações educativas, de promoção e prevenção da saúde e viabiliza a troca de informações. Para o acadêmico, as Ligas representam uma chance de aprimoramento do currículo e de uma maior experiência clínica e crítica. CONCLUSÃO: As atividades desenvolvidas pelas Ligas Acadêmicas são capazes de contribuir para a comunidade, uma vez que auxiliam na melhoria da qualidade de vida da população. Sendo assim, o CEPED tem como bases o estímulo ao conhecimento médico pediátrico e o desenvolvimento de ações sociais de promoção à saúde da criança e do adolescente.

ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÕES DE SAÚDE EM ESCOLARES, RESULTADOS DO PROGRAMA SORRINDO PARA O FUTURO SESC-RS

Larissa Simon Brouwers, Aline Hohmann Gagliardi Mota, Fernanda Maffei, Mari Estela Kenner e Rosemary de Oliveira Petkowicz

INTRODUÇÃO: Programas de educação em saúde iniciados na infância mantendo-se ao longo da vida escolar possuem potencial para influenciar hábitos e reduzir fatores de risco para doenças. O Programa "SESC Sorrindo Para o Futuro" tem como objetivo educar para hábitos de higiene e alimentação para a promoção da saúde integral de escolares do nível da Educação Infantil ao quinto ano do Ensino Fundamental. Os desfechos principais são redução de cáries e doença periodontal e evitar o ganho excessivo de peso. População estudada: escolares pertencentes às 2.833 escolas participantes do Programa. MÉTODOS: Trata-se de um estudo de coorte no qual participam 363 municípios do

Rio Grande do Sul através das Secretarias de Educação e Saúde em parceria com o SESC. Os educadores recebem formação para as intervenções em saúde (alimentação saudável, prática de exercícios, orientação para higiene oral). O SESC promove a capacitação anual destes profissionais, os quais realizam as atividades educacionais em sala de aula e monitoram as respostas. Os educadores realizam o controle da higiene bucal, formação da placa dentária e avaliação do estado nutricional, através do IMC. O controle de peso e da estatura é realizado anualmente entre os escolares, sendo calculado o IMC e utilizado os pontos de corte da classificação da OMS/2007. RESULTADOS: As escolas participantes encontram-se principalmente na zona urbana (80,9%). Foram avaliadas 31.998 crianças em 2009; destas, 41,6% apresentavam excesso de peso (sobrepeso ou obesidade). Foi realizada a comparação do estado nutricional das crianças conforme a localização das escolas, rural/ urbana (qui-quadrado), e não houve associação entre estado nutricional e a zona de localização da escola. Na análise longitudinal de 4.645 crianças avaliadas em 2008 e 2009, o número de crianças eutróficas foi de 61,8% e 53,9 %, respectivamente. Houve a manutenção na proporção de crianças obesas e aumento dos que apresentavam sobrepeso na comparação entre os anos. Entre os alunos que iniciaram em 2008 e continuaram no programa até o final de 2009, 83,4% melhoram ou permaneceram com a boa condição de saúde bucal. CONCLUSÕES: Não há diferenças no excesso de peso entre as escolas rurais ou urbanas. Os dados de saúde bucal mostram que a continuidade do programa na escola tem um efeito positivo na saúde das crianças. Entretanto, em relação ao estado nutricional, as intervenções comportamentais não foram suficientes para apresentar impacto sobre o IMC das crianças participantes.

DEFESA PROFISSIONAL

IMPACTO DA PARTICIPAÇÃO EM LIGA DE PEDIATRIA NA GRADUAÇÃO MÉDICA

Rosangela Antunes Matte, Hugo Karling Moreschi, Vanessa Adriana Scheeffer, Marcela Rodrigues Nunes, Joane Antoniolli, Laura Cesar Wischral e Laura Marmitt

INTRODUÇÃO: A Liga de Pediatria da PUCRS é uma liga acadêmica sem fins lucrativos que tem como objetivo proporcionar aos estudantes das faculdades médicas de Porto Alegre e grande Porto Alegre um programa de educação continuado com assuntos relevantes na área da pediatria. OBJETIVOS: Estudar o impacto na vida acadêmica dos estudantes de medicina após um ano de participação na Liga de Pediatria. MATERIAL E MÉTODOS: Este estudo foi realizado no período de julho de 2010 a maio de 2011, através da aplicação de questionário digital aos membros da Liga de Pediatria da PUCRS, tendo como amostra um total de 58 questionários respondidos. Os questionários abordavam questões referentes à caracterização epidemiológica dos membros da Liga de Pediatria da PUCRS, à participação nos eventos, à satisfação com os mesmos e ao impacto na vida acadêmica que esta participação trouxe a seus membros. RESULTADOS: 100% dos membros consideraram a escolha dos temas, aplicabilidade dos mesmos e duração dos encontros boa ou excelente. Apenas um membro considerou a escolha dos palestrantes regular. 60% dos entrevistados consideraram ter melhorado seu desempenho como acadêmico de medicina após a participação nos eventos da liga. 86% dos membros da liga tiveram como principal motivação para ingressar na mesma o seu interesse pela pediatria, apesar de apenas 34% terem escolhido pediatria como especialidade médica a seguir. CONCLUSÃO: O presente estudo demonstra que os participantes da Liga de Pediatria da PUCRS demonstram-se satisfeitos com a qualidade dos eventos. A participação regular nas palestras trouxe melhora na vida acadêmica. Concluímos que a existência de ligas acadêmicas pode trazer benefícios à prática médica de seus participantes, pois estas proporcionam um ambiente de discussão de assuntos de interesse médico, amparado por profissionais capacitados, que complementam o conhecimento adquirido durante as aulas e durante os estudos em casa.

PERSPECTIVA DA PEDIATRIA NA VISÃO DE ESTUDANTES DE MEDICINA

Joane Antoniolli, Vanessa Adriana Scheeffer, Rosangela Antunes Matte, Marcela Rodrigues Nunes, Laura Marmitt, Hugo Karling Moreschi e Laura Cesar Wischral

INTRODUÇÃO: A Pediatria no Brasil, que conta hoje com 30 mil profissionais, foi uma das especialidades mais atingidas pelas transformações sociais, econômicas e tecnológicas. A remuneração é inadequada, tanto no sistema público quanto nos convênios, sendo cerca de 3 vezes menor que a maioria das outras especialidades. Tal desvalorização tem levado desde a diminuição da procura da especialidade por médicos recém-formados, até o fechamento de consultórios pediátricos. É fundamental o resgate do papel do médico pediatra, a fim de reestimular a formação desses profissionais, cuja relevância para a sociedade brasileira é notória. MÉTODOS: Este estudo foi realizado no período de maio de 2011, através de aplicação de questionário digital contendo cinco perguntas fechadas e uma aberta aos membros da Liga de Pediatria da PUCRS (LPED). Tal questionário abordava as seguintes questões: 1) Motivo para estar na LPED; 2) O que motiva à especialização em pediatria; 3) O que desmotiva à especialização em pediatria; 4) Por que não se especializar em pediatria; 5) Faria pediatria se o fator acima fosse modificado?. RESULTADOS: Foram respondidos 18 questionários. Dentre esses, 14 (77,8%) membros da LPED afirmaram querer se especializar em pediatria e 100% destes afirmaram ser a vocação o que os motiva a essa especialidade. Entre os fatores que os desmotivam a pediatria, 100% citaram o salário e 14% citaram a qualidade de vida. Dentre os 4 membros que referiram não querer a pediatria como especialidade, 100% referiram gostar de pediatria, sendo que 3 desses referiram participar da LPED pois consideram a especialidade importante e desejam adquirir mais conhecimento na área. Dentre esses, 100% referiram a qualidade de vida como motivo determinante para a não especialização na área, sendo que 3 desejariam se especializar em pediatria caso esse fator fosse modificado. CONCLUSÃO: A maior motivação para a participação dos integrantes da Liga de Pediatria PUCRS é o desejo de seguir a especialidade, levando em conta mais a vocação para o trabalho médico com crianças que as possíveis dificuldades. Além da qualidade de vida, muitas vezes refletida em horas de trabalho extenuantes, a remuneração inadequada é o principal fator que desmotiva os integrantes. O interesse por parte dos membros na especialidade Pediatria aumentaria se houvesse modificação dessa realidade, o que corrobora a necessidade de uma maior valorização da categoria.

ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CORTISOL E ESTRESSE EM ALUNOS ATENDIDOS POR UM CENTRO DE EDUCAÇÃO INFANTIL

Nadja Tiellet, Deisi Vargas e Caio Maurício Mendes Cordova

OBJETIVO: Avaliar o nível de estresse e cortisol em crianças que frequentam um Centro de Educação Infantil (CEI) Municipal. MÉTODOS: Estudo transversal, que avaliou 65 crianças até 6 anos. A medida do cortisol foi avaliada através da saliva, a coleta foi realizada, no período matutino, em 41 crianças, e, no período vespertino, em 24 crianças. Realizou-se a correlação do nível de cortisol com idade, peso, estatura, IMC, tempo de permanência na creche por dia, sintomas físicos e psicológicos relacionados ao estresse e a carga de estresse sofrido pela criança. Os dados foram apresentados através de tabelas e analisados com testes estatísticos para estimar associações. RESULTADOS: 35 eram do sexo feminino e 30 do masculino. A média de idade foi 44,1 ± 16,1 meses. A média do nível de cortisol salivar colhido no período matutino foi 10,2 nmol/L e, no vespertino, foi 12,7 nmol/L. A frequência de cortisol elevado foi 21,54%, com diferença significante entre as turmas, com diferença de 41,25% entre a maior e a menor média de cortisol. Em relação ao IMC, 24 crianças (36,9%) estavam acima do peso, sendo 9 delas com cortisol elevado. Quando correlacionado o tempo de permanência na creche por dia e o IMC, encontrou-se uma correlação positiva (r=0,44; p=0,03;), quanto maior o tempo de permanência na creche dessas crianças, maior o seu IMC. A média de cortisol entre as crianças que apresentavam sobrepeso/obesidade mostrou ser significantemente maior do que a média de cortisol das crianças com IMC adequado. No berçário houve uma correlação entre o cortisol e o tempo de permanência na creche (r=-0,87; p=0,02) e com a escala de reajustamento social (r=0,96; p=0,001). No jardim II foi verificado que o cortisol se correlacionou com o tempo em que as crianças permaneceram na creche (r=0,76; p=0,002) e com os sintomas de estresse infantil (r=0,73; p=0,004). CONCLUSÃO: Encontramos uma frequência de cortisol elevado em ¼ das crianças estudadas. Os níveis de cortisol salivar associaram-se com o IMC, tempo de permanência na creche, sintomas de estresse infantil e escala de reajustamento social. O cortisol e o estresse podem ser importantes, como causa ou consequência, no desenvolvimento da obesidade. A maior frequência de cortisol elevado foi verificado no período vespertino, sendo provável que as crianças frequentadoras de creche possam apresentar alteração do ritmo circadiano do cortisol.

HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA POR DEFICIÊNCIA DA ENZIMA 17 ALFA-HIDROXILASE

Paola Mari Nakashima Cano, Danilo Resende Dias de Abreu, Lilian Bianca Miller Martelo de Marcos e Natália Souza Aono

INTRODUÇÃO: Hiperplasia adrenal congênita (HAC) compreende doenças autossômicas recessivas, com deficiência enzimática da síntese de cortisol, resultando em aumento compensatório da secreção de ACTH. HAC por deficiência da enzima 17 á-hidroxilase (17OH) é rara, cursando com redução da produção de esteroides sexuais, desenvolvimento puberal incompleto ou ausente; aumento de desoxicorticosterona (DOC), hipertensão arterial sistêmica (HAS) e inibição do sistema renina-angiotensina. São característicos: aumento de pregnenolona, progesterona e DOC, diminuição da 17-OHP, androstenediona, testosterona e estradiol (E2). RELATO DO CASO: Paciente, sexo feminino, 14 anos, procedente e natural de Campo Grande (MS), encaminhada ao endocrinologista pediátrico com queixa de atraso puberal e HAS em uso de atenolol. Tanner=M1P1, altura=1,6m; idade óssea (IO)=11 anos, FSH=105,4, LH=64,62, aldosterona=29,6, progesterona=13,9, pregnenolona=1,33, DOC=2.641, cortisol 0,69, E2 <10, renina 0,5, 17OHP=0,86, androstenediona< 0,30, cariótipo 46XX. Diagnosticou-se HAC por deficiência de 17OH. Prescreveu-se etinilestradiol, acetato de hidrocortisona 10mg/m²sc/dia e manutenção do atenolol 25mg/dia. Com 15 anos, atingiu Tanner=M3P1; IO=13 anos; cortisol suprimido; E2 dentro do limite. Aos 16 anos, relatou ser vítima de bullying, entrou-se com fluoxetina 20mg. Com 17 anos, IO=14 anos; Tanner=M4P2, 1,65m de altura; substituiu-se a hidrocortisona por prednisona 5mg/dia, por ser de fácil administração e não haver mais risco de prejuízo estatural. Após 2 meses, ACTH=51,4, cortisol=4,5, E2=10, aumentou-se a dose de prednisona (10mg/dia) e prescreveu-se contraceptivo oral. A paciente apresentava-se assintomática. DISCUSSÃO e CONCLUSÃO: Esta síndrome ocorre em menos de 1% dos casos de HAC. Mulheres (46XX) apresentam infantilismo sexual, amenorreia primária, ausência de pelos pubianos e axilares e retardo da IO. Deve-se acompanhar a cada 4-6 meses com dosagens hormonais para monitoração da reposição de glicocorticoides.

XANTOMA ERUPTIVO: RELATO DE CASO

Cristiane Kopacek

INTRODUÇÃO: Xantomas correspondem a lesões cutâneas com acúmulo de lipídeos de localização dérmica. O xantoma eruptivo se manifesta como pápulas e nódulos, isolados ou confluentes, de coloração amarelo-alaranjada, localizados principalmente nas áreas de extensão dos membros e região glútea. É consequente a níveis elevados de triglicérides no plasma. O diagnóstico precoce e a correta interpretação das alterações cutâneas podem ter importante impacto no diagnóstico, tratamento e prognóstico de pacientes portadores de alterações primárias ou secundárias do metabolismo das lipoproteínas. Relata-se caso clínico de exuberante de xantoma eruptivo em paciente de 8 anos, sem diagnóstico prévio de dislipidemia e com pai portador de dislipidemia severa. OBJETIVOS: Chamar a atenção para o diagnóstico precoce e a correta interpretação destas alterações cutâneas no diagnóstico, tratamento e prognóstico de pacientes portadores de alterações do metabolismo das lipoproteínas. MÉTODOS: Relato de caso de paciente masculino, de 8 anos, previamente hígido, com queixa de lesões cutâneas em tronco, abdômen e membros superiores, de início súbito há 2 meses. Vem encaminhado ao Endocrinologista Pediátrico para avaliação de dislipidemia. Como antecedentes familiares, referia o pai com dislipidemia severa, hipertrigliceridemia, em tratamento irregular com estatina, e sem lesões cutâneas. Ao exame clínico, o menino apresentava múltiplas lesões papulosas, pápulo-nodulares, isoladas, de coloração amarelo-alaranjada e localizadas no tronco, abdômen, dorso e região extensora dos membros superiores. Além de obesidade (IMC de 23,9), não apresentava nada digno de nota nos demais orgãos e sistemas. RESULTADOS: Os exames laboratoriais de entrada mostraram: triglicérides = 2000 mg/dl e colesterol total = 732 mg/dl. Orientado pelo pediatra a seguir dieta, os exames foram repetidos 2 meses após, com os seguintes resultados: triglicérides = 1.530 mg/dl e colesterol total = 499 mg/dl, HDL = 26,4 mg/dl. Outros lípides não foram dosados. Trazia ainda hemograma e enzimas hepáticas normais. CONCLUSÃO: Embora não seja entidade clínica comum, salienta-se a importância do xantoma eruptivo para os pediatras como a expressão clínica de hipertrigliceridemia severa, devendo ser considerado este diagnóstico, especialmente em casos de dislipidemia familiar. O manejo desta situação é essencial para que se evitem complicações agudas como pancreatite e risco de doença arterial coronariana.

GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA

ABSCESSO HEPÁTICO: RELATO DE CASO

Juliana Dall´Onder, José Gomes da Rocha Filho, Natália Schilling Ceratti, Bruno Oneto Y Viana Pintos, Tatiana Salini Marin, Andressa Vargas Martins e Cristiano do Amaral de Leon

INTRODUÇÃO: Abscessos hepáticos são definidos como conjuntos de material purulento no parênquima hepático de solitários ou múltiplos, principalmente de origem amebiana, bacteriana, ou mista. As principais características clínicas de um paciente com um abscesso do fígado são febre, dor abdominal no quadrante superior direito, náuseas e vômitos, sintomas constitucionais, incluindo mal-estar, fadiga, anorexia e perda de peso. A ultrassonografia é o exame de imagem não invasivo preferido inicialmente. OBJETIVO: Relatar um caso de suspeita de abscesso hepático, seu diagnóstico e tratamento. MATERIAL E MÉTODOS: Relato de caso. Caso: A.L.C.J., 12 anos, procurou um serviço de saúde em Viamão no dia 14/02/11 com quadro de febre alta, diarreia e vômitos, recebendo tratamento sintomático com antipirético. No dia 25/02/11, iniciou com dor abdominal intensa em hipocôndrio diretito associado ao quadro inicial. Realizou ecografia de abdome que mostrou líquido livre subdiafragmático direito. Iniciou com antibioticoterapia por suspeita de apendicite aguda. Realizou tomografia de abdome sem contraste mostrando lesão hipodensa de 8,4 cm por 5,3 cm em região vesicular, bem como derrame pleural bilateral. Foi tranferido para um serviço de saúde de Canoas no dia 01/03/11 para maior investigação, com suspeita de abscesso hepático. Realizou tomografia de abdome com contraste mostrando lesão expansiva hipodensa de 9,4 cm por 7,0 cm no lobo direito do fígado com impregnação periférica e heterogênica no contraste (abcesso multiseptado). Líquido livre perivesicular, peri-hepático e pélvico. Exame parasitológico de fezes negativo. Realizada biópsia hepática que evidenciou achados compatíves com fibrose cicatricial pós-abscesso. Recebeu alta após 23 dias de antibioticoterapia, com melhora dos sintomas e diminuição das dimensões de lesão hepática em tomografia de controle. CONCLUSÃO: Para identificarmos causas amebianas, anticorpos séricos antiamebiase podem ser úteis, mas quando uma causa piogênica é suspeita, a cultura do conteúdo do abscesso é necessário, e antibioticoterapia não deve ser adiada até que os resultados da cultura estejam disponíveis, iniciando-se antibioticoterapia empírica.

ATRESIA DE VIAS BILIARES

Larissa Coconcelli Kasper, Gláucia Alves de Carvalho, Bárbara Berrutti, Caroline Dutra Göellner e Paola Moretti

INTRODUÇÃO: A atresia biliar, com uma incidência estimada entre 1 em 8.000 até 1 em 15.000 nascimentos, é caracterizada por um quadro de colestase devido à obstrução congênita das vias biliares extra-hepáticas. Constitui-se hoje a principal causa de transplante hepático em crianças. RELATO DO CASO: Recém-nascido a termo, masculino, com 3.620 g, Apgar 9/10 é levado a UBS com sete dias de vida apresentando icterícia. Foi orientado, na ocasião, apenas a observação do quadro. Em consulta ambulatorial com um mês de idade, o lactente continuava ictérico e os exames laboratoriais solicitados evidenciavam aumento de bilirrubinas totais, à custa de bilirrubina direta (BD: 3,44mg/dl). Encaminhado ao gastroenterologista pediátrico, este indicou internação hospitalar para investigação. Interna com dois meses e nove dias de vida no PSM de Pelotas com acolia fecal, icterícia e hepatoesplenomegalia. Realiza uma ultrassonografia abdominal que não mostra alterações. Três dias após, na enfermaria pediátrica do HUSFP, segue com a mesma clinica e laboratório, tendo sido descartadas rubéola, hepatites, toxoplasmose, sífilis e HIV. À cintilografia de fígado e vias biliares solicitada não se visualiza trânsito biliar, sugerindo o diagnóstico de atresia de vias biliares. O lactente foi encaminhado ao serviço de cirurgia pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre para a realização de portoenterostomia. DISCUSSÃO: A colestase neonatal constitui uma urgência em pediatria, uma vez que, se a portoenterostomia não for realizada precocemente, ocorre a progressão para fibrose, com insuficiência hepática e óbito. O simples acompanhamento da coloração das fezes do recém-nascido, com o espectro de cores de alerta presente na caderneta da criança, já faz levantar a suspeita. CONCLUSÃO: Tendo em vista que a idade da criança ao realizar a portoenterostomia é o principal fator prognóstico da doença, o diagnóstico precoce e o encaminhamento para centros especializados são de suma importância para a sobrevida com qualidade do paciente.

CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS E HISTOLÓGICAS DE UMA AMOSTRA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES INFECTADOS PELO HELICOBACTER PYLORI

Juliana Ghisleni de Oliveira, Anna Carolina Saraiva Camerini, Cristina Helena Targa Ferreira, Luíse Meurer e Themis Reverbel da Silveira

INTRODUÇÃO: Helicobacter pylori (H. pylori) é uma bactéria com distribuição universal e está presente em cerca de 50% da população mundial. Doença ulcerosa péptica e adenocarcinoma gástrico são condições associadas à infecção com elevada morbimortalidade. A infância constitui o período de maior aquisição da infecção, que costuma permanecer por toda a vida do indivíduo a menos que um tratamento seja instituído. O comportamento da infecção varia conforme a população estudada. Como o Brasil é um país continental, com diversas peculiaridades regionais, o entendimento da realidade local é fundamental, uma vez que o impacto dessa condição não necessariamente é o mesmo em todas as regiões do país. OBJETIVO: Descrever as características endoscópicas e histológicas de uma amostra de crianças e adolescentes infectados pelo H. pylori. MÉTODOS: Estudo transversal, descritivo e contemporâneo com uma amostra de crianças e adolescentes submetidos a EDA no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e no Hospital Moinhos de Vento de março de 2008 a janeiro de 2011. Critérios de inclusão: ter indicação para realização de EDA e idade entre 1 e 18 anos. Critérios de exclusão: contraindicação à realização de biópsia; uso de antibiótico e/ou bismuto, de bloqueadores H2 e de inibidores da bomba de prótons nos 30 dias anteriores ao exame; uso de anti-inflamatório não esteroide e/ou de ácido acetil-salicílico nos 3 dias anteriores ao exame. A histologia foi o método escolhido para o diagnóstico da infecção. Foram coletados 5 fragmentos de biópsia gástrica: 2 do corpo, 2 do antro e 1 da incisura e todos os exames foram realizados por um único patologista. RESULTADOS: 400 procedimentos foram incluídos e 72 casos de infecção pela bactéria foram identificados (prevalência de 18%). Gastrite nodular foi o achado endoscópico mais prevalente, presente em 43% dos casos. Doença ulcerosa péptica não foi identificada na amostra estudada. Quanto aos achados histológicos, todos os pacientes apresentaram gastrite crônica, sendo 53% das gastrites de intensidade leve. 66/72 pacientes apresentaram densidade leve a moderada da bactéria. Atrofia gástrica foi identificada em 3 casos e metaplasia intestinal em 1 paciente. CONCLUSÃO: O estudo sugere haver uma menor prevalência da infecção por H. pylori nas crianças e adolescentes submetidos a EDA no nosso meio em relação a outras regiões brasileiras, bem como uma menor prevalência de doença ulcerosa péptica.

COLESTASE NEONATAL: ASSOCIAÇÃO DE SÍNDROME DE ALAGILLE E INFECÇÃO POR CITOMEGALOVÍRUS

Osvaldo Artigalás, Ana Regina Lima Ramos, Raquel Borges Pinto, Beatriz John dos Santos, Lauro Antônio Dondonis Filho, Ariane Nádia Backes, Valentina Provenzi, Laura Laranjeira e Manoel Ângelo de Araujo

INTRODUÇÃO: Existem mais de 100 causas identificáveis de colestase neonatal, o que exige raciocínio clínico e sistematização da investigação. Nesse trabalho, descrevemos um caso de um lactente com sindrome de Alagille e infecção por citomegalovírus, enfocando na importância de uma investigação criteriosa. CASO CLÍNICO: Paciente masculino, 3 meses, com colestase iniciada no 1º mês de vida internado na sua cidade, recebendo alta com investigação inconclusiva. Passou a apresentar acolia aos 2 meses, quando foi transferido para o HCC. Antecedentes perinatais e história familiar não continham particularidades. Na sua primeira avaliação, apresentava-se ictérico, sem dismorfias, tórax simétrico com ausculta normal, abdome sem megalias, restante do exame físico sp. Exames iniciais mostraram: Ht: 28%, Hb: 9,9 g/dL, L: 18.560, plaquetas: 567.000/mL; reticulócitos: 1,9%, BT: 11,8mg/dL, BD: 7,7 mg/dL, TGO: 255 mg/dL, TGP: 103 mg/dL, GGT: 556U/l, INR 1,0, KTTP 39s, albumina 4,3 mg/dL, função renal e gasometria: sp, colesterol: 261mg/dL, triglicerídeos: 243mg/dl, TSH e T4 livres: sp, Perfil metabólico normal. EQU e urocultura: sp. Sorologias para hepatites virais: NR, VDRL NR, Rubéola IgG e IgM NR, Toxoplasmose IgM NR, IgG duvidoso, CMV IgM e IgG Reagentes, PCR positivo. Anti-HIV: NR. Solicitado alfa-1-antitripsina sérica. US abdominal (normal) e cintilografia de vias biliares que não evidenciou excreção. Avaliação oftalmológica (normal), RX coluna vertebral (hemivértebra em T6 - "vértebra em borboleta"). Solicitada ecocardiografia (estenose grave de ramos pulmonares), confirmando assim o diagnóstico de síndrome de Alagille. US cerebral (normal), US e cintilografia de vias urinárias (sem malformações) e biópsia hepática: colestase acentuada, infiltrado inflamatório portal leve, hepatócitos gigantes sinciciais e fibrose portal com formação de septos. Ausência de ductopenia e inclusão citomegálica. Paciente foi tratado com ac. ursodesoxicólico e ganciclovir por 21 dias, recebendo alta em boas condições. CONCLUSÃO: A síndrome colestática do lactente constitui um dos maiores desafios diagnósticos da Hepatologia Pediátrica. Esse caso clínico ilustra a importância da sistematização da investigação complementar na colestase neonatal e a correlação desta com os achados clínicos. A presença de um agente causal não obrigatoriamente deve encerrar a investigação.

COLESTASE NEONATAL GRAVE CAUSADA POR HEPATITE DE CÉLULAS GIGANTES ASSOCIADA A ANEMIA HEMOLÍTICA POR DEFICIÊNCIA DE G6PD: RELATO DE CASO

Raquel Borges Pinto, Ana Regina Lima Ramos, Beatriz John dos Santos, Osvaldo Artigalás e Valentina Provenzi

INTRODUÇÃO: Hepatite de Células Gigantes (HCG) é uma forma rara de Hepatite Neonatal associada a um prognóstico ruim. O diagnóstico é histológico e a etiologia pode estar associada a vírus, drogas, deficiência de alfa-1-antitripsina e autoimunidade, assim como a anemia hemolítica Coombs positiva. Descrevemos um caso de HCG associada a anemia por Deficiência de G6PD. CASO CLÍNICO: Masculino, 1m13d, internou por icterícia há 4 dias, gemência e baixo peso, sem acolia. Mãe 47 anos, gesta VII, pré-natal de alto risco, consanguinidade parental. Parto vaginal, 38 semanas, APGAR 6/9. Ao exame: REG, prostrado, granuloma umbilical, ictérico até raiz da coxa, sem linfonodomegalias. AR: MVUD, disfunção respiratória leve. ACV: RR, 2T, BNF, sopro sistólico 2+/6+. ABD: hepatomegalia discreta, esplenomegalia. Criptorquidia bilateral. Exames: Ht 30%; Hb 8,9 g/dL; leucócitos: 11.270; plaq: 221.000; TP: INR 1,6, KTTP: 57s; Fator V: 116%; BT: 44 mg/dL, BD: 20 mg/dL. TGO: 1119U/L; TGP: 287U/L; GGT: 53U/L; FA: 398U/L; glicose: 79mg/dL, a-fetoproteína: > 60.500 ng/mL; Ferritina: 2555ng/mL; saturação da Transferrina: 27%; albumina: 3,6 mg/dL; TSH e T4 livre: normais; Coombs: negativo; LDH: 906U/L; Colesterol: 214mg/dL; Triglicerídeos: 187mg/dL, reticulócitos: 3,8%. Eletroforese de hemoglobina: normal; STORCH negativo, anti-HIV: NR; anti-HCV positivo; PCR negativo. HbsAg: NR. Erros Inatos do Metabolismo: alteração da oxidação de ácidos graxos. Deficiência de G6PD. US abdome: hepatoesplenomegalia; Cintilografia de vias biliares: normal; Rx de ossos longos, tórax e coluna: sp; Avaliação oftalmológica: sp. Ecocardiograma: CIA, tipo "osteum secundum". Biópsia hepática: inflamação crônica, acentuada transformação gigantocelular dos hepatócitos, colestase hepatocitária e canalicular, hemopoiese extramedular, mínima proliferação ductular e fibrose porta-porta e porta-centro. EVOLUÇÃO: Iniciado tratamento para sepse, ácido ursodesoxicólico e vitamina K, apresentando melhora da coagulação e melhora parcial da colestase. Mantido dieta com fórmula semielementar e vitaminas lipossolúveis, persistindo com dificuldade de ganho ponderal, apesar de receber alimentação via sonda. Foi encaminhado para centro de transplante hepático. CONCLUSÃO: HCG é uma importante consideração diagnóstica em lactentes com colestase grave. Apesar da conhecida associação com anemia hemolítica Coombs positiva, outras causas de hemólise devem ser consideradas, como a deficiência de G6PD.

DOENÇA DE MÉNÉTRIER EM LACTENTE DE 2 ANOS: RELATO DE CASO

Ana Regina Lima Ramos, Raquel Borges Pinto, Beatriz John dos Santos, Paulo Cezar Nunes, Alexandra Cauduro Ponso, Valentina Provenzi e Manoel Angelo de Araujo

INTRODUÇÃO: A doença de Ménétrier ou gastroenteropatia hipertrófica caracteriza-se pela hipertrofia das pregas do fundo e corpo gástrico causada por hipersecreção da mucosa com consequente gastroenteropatia perdedora de proteínas, sendo muito rara em crianças. CASO CLÍNICO: Paciente masculino, de 2 anos e 5 meses, previamente hígido, interna com história de vômitos frequentes há 2 semanas e quadro de febre até 40ºC há 7 dias, sendo iniciado com amoxicilina e logo após ter apresentado edema de face, membros inferiores, região periescrotal e distensão abdominal. Em consulta em serviço de emergência foi detectada albumina de 1,4mg/dl, sendo indicada internação por suspeita de síndrome nefrótica. Após avaliação com Nefrologia, foi descartada síndrome nefrótica e solicitada avaliação pelo Serviço de Gastroenterologia. Realizados exames: C3 e C4 normais, VDRL: NR; FAN: NR; Fator reumatoide: NR; ASLO: NR; TGO: 39mg/dl; Sorologia para Citomegalovírus: em andamento; TGP: 21mg/dl; triglicerídeos: 281mg/dl; colesterol: 170mg/dl; T4 e TSH: normais; Hb 11,5, 21.010 leucócitos, 18% eosinófilos, 51,5% linfócitos; imunoglobulinas normais, com exceção de IgA de 26mg/dl (36 – 165) e IgG de 187mg/dl (520 – 1080); proteinúria em amostra de 0,39g/l (acima de 2,0); raio X de trânsito intestinal: espessamento do revestimento mucoso do fundo gástrico, jejuno muito irregular, com aparente espessamento parietal. Realizada endoscopia digestiva alta que revelou: mucosa de fundo, corpo e antro apresentando múltiplas lesões polipoides sésseis, a maior medindo aproximadamente 7 mm, e algumas áreas de espessamento da mucosa, principalmente no fundo. Teste de Urease: negativo; a análise anátomo-patológica mostrou acentuada hiperplasia foveolar, sem metaplasia intestinal

e pesquisa de helicobacter pylori negativa, demais aspectos: sp; Paciente evoluiu com melhora espontânea e progressiva do edema periférico e dos níveis de albumina, sendo a última dosagem de 3,7mg/dl. Após 20 dias de hospitalização, teve alta em bom estado geral. CONCLUSÃO: A doença de Ménétrier é rara na infância, sua etiologia é ainda desconhecida. Na criança, o início do quadro clínico é abrupto, muitas vezes associado com infecção viral precedente, e apresenta um curso autolimitado. Deve ser sempre considerada nos diagnósticos diferenciais de hipoalbuminemia por provável perda gastrointestinal.

DOENÇA DE MÉNÉTRIER EM MENINO DE 4 ANOS

Tiago Jeronimo dos Santos, Roberta Ferlini, Melina Utz Melere, Marilia Rosso Ceza e Sandra Maria Gonçalves Vieira

INTRODUÇÃO: Gastropatia Hipertrófica Exsudativa, descrita inicialmente por Ménétrier, caracteriza-se por hipertrofia de pregas gástricas, hiperplasia foveolar e atrofia glandular do corpo gástrico, com excreção de muco rico em proteínas. A faixa etária pediátrica mais prevalente é entre 3 a 5 anos, onde o quadro clínico costuma ser rico e autolimitado. OBJETIVO: Relatar o caso de um paciente de 4 anos com doença de Ménétrier. MÉTODOS: Relato de caso de criança com Doença de Ménétrier, com análise clínica, laboratorial e histopatológica realizada em abril de 2011. DESCRIÇÃO: Menino, 4 anos, trazido à Emergência por dor abdominal aguda e história de vômitos, inapetência e diarreia iniciados há 2 semanas, sem febre. Ao exame, presença de sinais de irritação peritoneal e anasarca. Ecografia abdominal com pequeno derrame pleural à direita, ascite, hepatoesplenomegalia discreta e adenomegalias junto ao hilo hepático e tronco celíaco. Radiografia de trânsito intestinal com espessamento de pregas e irregularidades parietais no estômago. Laboratório: leucograma normal, anemia microcítica e hipocrômica, função hepática normal, hipoalbuminemia e hipertrigliceridemia. Evoluiu com piora do edema de membros inferiores, mãos e bolsa escrotal e manutenção da ascite, no entanto, índice proteinúria/creatinúria, exame comum de urina, proteinúria de 24h e dosagem de C3 e C4 descartaram síndrome nefrótica. Triagem para doença celíaca negativa. Endoscopia digestiva alta (EDA) com mucosa gástrica hipertrófica, muito friável, sem lesões intestinais e histologia sem padrão definido. IgA e IgM séricas no limite inferior da normalidade, IgG reduzida, IgE elevada. Suspeita de enteropatia perdedora de proteínas. Realizada avaliação com parasitológico de fezes negativo, sorologias para hepatites A, B e C e HIV não reagentes, e sorologias para CMV com IgG reagente, IgM indeterminado e PCR urinário positivo. Após 2 semanas, houve melhora progressiva dos vômitos, edema, hiporexia e ganho ponderal. EDA após 20 dias com significativa melhora e laboratório com reversão da hipoalbuminemia e hipogamaglobulinemia. CONCLUSÃO: As características clínicas, laboratoriais e imaginológicas sugerem doença de Ménétrier. Hipertrofia da mucosa gástrica, hipoalbuminemia e indícios de infecção por CMV foram os principais achados. Apesar de a biópsia ter sido inconclusiva, a benignidade do caso e seu curso, após tratamento conservador, contribuíram ao diagnóstico.

DOES EATING THE EGGS MAKE ANY DIFFERENCE FOR ZEBRAFISH?

Gabriela Lima Pedroso, Thais Ortiz Hammes, Laisa Beduschi Fracasso, Thayssa Dalla Costa Escobar, Rafael Lucyk Maurer e Themis Reverbel da Silveira

INTRODUCTION: The Zebrafish eggs are rich in lipids and it can be a source food for the fish. The aim of this study is to measure the influence of eating eggs in BMI, cholesterol and triglycerides serum levels in Zebrafish. MATERIAL AND METHODS: Adult Zebrafish of both genders were divided into two groups, control (free access to their own eggs) and the experimental group (bottom of the aquarium filled with glass balls to prevent them to access theeggs) for two weeks. To the blood analysis, both groups were kept fasting for 24 hours before the blood collection. The body mass index (BMI) was measure in gram per square centimeter (g/cm²). To collect the blood samples, animals were anesthetized and an incision was made before the tail to access the dorsal vein. We used an automatic pipette to collect the blood. It was centrifuged and serum was obtained for analysis. Triglycerides and cholesterol were analyzed with colorimetric tests. The n used was 4 pools with serum of 10 animals each. RESULTS: There was no significant difference in BMI between control (0,037 ± 0,009 g/cm²) and experimental group (0,035 ± 0,008 g/cm²) neither in cholesterol levels (control 362 ± 73 mg/dL and experimental group 357 ± 23 mg/dL). However, there was a significant difference in triglycerides levels (control 457 ± 43 mg/dL and experimental group 292 ± 111 mg/dL P=0,03) CONCLUSION: Eating the eggs seams to influence the Zebrafish´s triglycerides serum levels without modifying the BMI and the cholesterol serum levels.

DUCTOPENIA GRAVE ASSOCIADA AO USO DE ANTICONVULSIVANTE EM PACIENTE COM NECRÓLISE EPIDÉRMICA TÓXICA: RELATO DE CASO

Raquel Borges Pinto, Ana Regina Lima Ramos, Beatriz John dos Santos, Rosane Merg, Elisa Baldasso, Valentina Provenzi, Alexandra Cauduro Ponso e Evandro Sobroza de Mello

INTRODUÇÃO: A síndrome ductopênica (vanishing bile duct syndrome - VBDS) ocorre raramente em crianças e pode decorrer de várias causas, tais como: infecções, doenças cromossômicas, deficiência de alfa-1-antitripsina, hipopituitarismo e doenças metabólicas. Descrevemos um caso de VBDS associada ao uso de fenitoína em uma menina com necrólise epidérmica tóxica (NET). CASO CLÍNICO: Menina de 11 anos com diagnóstico de toxoplasmose congênita, internou na UTIP do HCC por febre e lesões de pele após uso de fenitoína por crise convulsiva. Nega uso de outras drogas, chás ou transfusão. Ao exame apresentava lesões bolhosas rotas (com desprendimento de pele tipo: Nikolski) em cerca da metade da superfície corporal, compatível com NET. Recebeu imunogobulina por 3 dias. Exame oftalmológico revelou ceratite discreta, sendo indicado colírio de ciprofloxacina. Durante a internação, apresentou aumento progressivo de bilirrubinas e transaminases. Realizou exames: Ht: 33%; Hg: 10,5 g/L; plaquetas: 687.000; INR 1,6, KTTP 33s, TGO 201 U/L; TGP 223 U/L BT 17mg/dL e BD 15 mg/dL; GGT 473U/L; FA 567 U/L; albumina: 3,3 g/dL; Colesterol: 663 mg/dL e triglicerídeos 390mg/dL. Marcadores para hepatites virais, CMV e EBV foram negativos. Anti-HIV, antimúsculo liso e anti-LKM: negativos. FAN: NR, dosagens de C3, C4, a-1-antitripsina, ceruloplasmina, Imunoglobulinas, TSH e T4 livre foram normais. US abdome: aumento de ecogenicidade hepática. Apresentou sepse, sendo utilizados vários esquemas de antibióticos (oxacilina, vancomicina, meropenem e cefepime). Devido à piora da colestase, foi iniciado ácido-ursodesoxicólico. Apresentou boa evolução das lesões de pele, porém manteve aumento progressivo das bilirrubinas. Realizou biópsia hepática: espaços-porta com mínimo infiltrado inflamatório misto, ductopenia de espaços interlobulares menores, intensa bilirrubinose centrolobular e leve fibrose perissinusoidal em zona 3, compatível com etiologia tóxico-medicamentosa. Realizou colangiorressonância que não exibiu alterações. A paciente foi mantida com ácido ursodesoxicólico, dieta

hipolipídica, colestiramina e vitaminas lipossolúveis, sendo então encaminhada para centro de transplante hepático. DISCUSSÃO: Ductopenia pode ser o resultado final de uma agressão hepática grave. Descrevemos um caso raro de hepatotoxicidade causada por fenitoína em paciente com necrólise epidérmica tóxica que resultou em perda progressiva de ductos biliares intra-hepáticos.

EFEITO DA TAURINA SOBRE A ESTEATOSE HEPÁTICA INDUZIDA POR TIOACETAMIDA EM ZEBRAFISH (DANIO RERIO)

Thais Ortiz Hammes, Gabriela Lima Pedroso, Thayssa Dalla Costa Escobar, Laisa Beduschi Fracasso, Carolina Rigatti Hartmann, Darlan Pase da Rosa, Marilene Porawski, Norma Possa Marroni e Themis Reverbel da Silveira

INTRODUÇÃO: A doença hepática gordurosa não alcoólica é uma das formas mais comuns de doença hepática crônica no mundo ocidental. A taurina é um aminoácido condicionalmente essencial para os humanos e pode ser uma terapia promissora nessa hepatopatia. OBJETIVO: Avaliar o efeito da taurina na esteatose hepática induzida por tioacetamida em Danio rerio. MÉTODOS: Os animais foram divididos em 4 grupos: controle (Ctrl - 20 μL de solução salina), taurina (TAU – 1000 mg/kg), tiaoacetamida (TAA – 300 mg/kg) e taurina-tioacetamida (TAU+TAA – 1000 mg/kg + 300 mg/kg). A TAA foi injetada por via intraperitoneal, 3 vezes por semana, durante 2 semanas. A expressão de mRNA, lipoperoxidação, atividade de enzimas antioxidantes e análises histológicas foram avaliadas no tecido hepático. O conteúdo de triglicerídeos foi mensurado no soro. RESULTADOS: A injeção de TAA induziu esteatose, a qual foi confirmada por análises histológicas. TBARS mostrou dano hepático significante no grupo TAA (0.89 ± 0.06 nmol/mg de proteína) em comparação com o grupo TAU+TAA (0.50 ± 0.01 nmol/mg de proteína) ($P<0.001$). A atividade da superóxido dismutase (SOD) no grupo TAU+TAA (5.95 ± 0.40) foi aumentada quando comparada com o grupo TAA (4.14 ± 0.18 U SOD/mg de proteína) ($P<0.001$). A atividade da catalase e os triglicerídeos séricos não apresentaram alteração. A expressão de mRNA da Sirtuína 1 (0,5 vezes) e do receptor 2 de adiponectina (0,39 vezes) foram menores nos grupos TAA do que no grupo Ctrl ($P<0.05$). A expressão de mRNA do TNF-á foi 6,4 vezes maior no grupo TAA que no grupo Ctrl. A expressão de SIRT1 foi 2,6 vezes maior na TAU+TAA do que no grupo TAA. CONCLUSÃO: A taurina pode melhorar os parâmetros oxidativos e aumentar a expressão da SIRT1 em modelo de esteatose hepática.

HEPATOBLASTOMA EM ADOLESCENTE FEMININA: UM CASO EM IDADE ATÍPICA

Nadja Tiellet, Maiara Cunha, Rogérios Sanches Garcia, Patricia Brandalise, Melissa de Oliveira e Marcela de Moraes Barros e Sousa

INTRODUÇÃO: Neoplasias hepáticas primárias em crianças situam-se entre 0,5% a 2,0% de todas as neoplasias da faixa etária pediátrica. O hepatoblastoma apresenta uma taxa de incidência de 90% em pacientes menores de cinco anos e de 30% nos dois primeiros anos de vida, e é raro em adolescentes. A idade média do diagnóstico é de 1 ano e os meninos são mais afetados, numa relação de 1,5:1 (M:F). OBJETIVO: Descrever um caso de hepatoblastoma em adolescente, tratada com cirurgia e quimioterapia. MÉTODOS: Relata-se o caso de adolescente com volumoso tumor hepático, tratamento e evolução. RELATO DO CASO: Adolescente feminina de 14 anos com quadro clínico de vômitos frequentes. A USG e RNM evidenciaram volumosa massa abdominal, compatível com tumor sólido hepático. Exames como VHS, ferritina, LDH, F.A., TSH, TGO, TGP e Gama GT apresentaram-se elevados. O resultado da biópsia foi adenoma de suprarrenal. Realizada a ressecção cirúrgica do lobo hepático direito, o diagnóstico definitivo foi através de análise anatomopatológica que evidenciou hepatoblastoma. O tratamento consistiu em retirada cirúrgica e quimioterapia adjuvante com Cisplatina. DISCUSSÃO: Os sinais e sintomas usuais do hepatoblastoma são: perda de peso, aumento da massa abdominal, dor, febre e vômitos. No USG, o hepatoblastoma apresenta-se como uma massa intra-hepática hiperecoica sólida. A persistência ou a recorrência de níveis elevados de alfa-fetoproteína é um marcador da doença e se associa à extensão do tumor. Após dois meses da ressecção cirúrgica do tumor da paciente, a AFP encontrava-se com valores normais. Os tumores do tipo fetal puro têm o prognóstico favorável quando completamente ressecados, como é o caso da paciente, cujo tipo histológico era epitelial tipo fetal puro. O tratamento do hepatoblastoma consiste em QT pré/pós-operatória com excisão cirúrgica, com sobrevida de mais de 70%. A paciente realizou excisão cirúrgica e QT pós-operatória e encontra-se sem recidiva da doença até o momento. CONCLUSÃO: O hepatoblastoma é tumor raro em pacientes acima dos cinco anos de idade, mas deve ser lembrado como diagnóstico diferencial em adolescentes e adultos com massa abdominal. O diagnóstico definitivo é através de análise anatomopatológica, mas a utilização de exame de imagem é fundamental para melhor abordagem cirúrgica. O tratamento consiste em retirada cirúrgica e quimioterapia adjuvante.

LACTOBACILLUS RHAMNOSUS COLONIZA INTESTINO DE ZEBRAFISH APÓS EXPOSIÇÃO AO ETANOL

Ana Cláudia Reis Schneider, Djuli Milene Hermes, Alice Beatriz Mombach Pinheiro Machado, Carolina Rigatti Hartmann, Afonso Luis Barth e Themis Reverbel da Silveira

INTRODUÇÃO: O zebrafish apresenta alterações comportamentais, malformações congênitas e distúrbios hepáticos após exposição ao etanol. A microbiota intestinal pode ser alterada pelo consumo de etanol sendo que o uso de probióticos pode recompô-la. O Lactobacillus rhamnosus GG (LGG), é um probiótico que possui propriedades adesivas e previne a disbiose intestinal. OBJETIVO: Verificar a colonização intestinal pelo LGG no zebrafish após exposição ao etanol. MATERIAIS E MÉTODOS: Trinta peixes adultos foram divididos em 3 grupos (n=10) e alimentados com rações específicas por 2 semanas: C – ração sem probiótico; P – ração com probiótico; PE – ração com probiótico e expostos ao etanol. As rações possuíam a mesma composição nutricional. A ração com probiótico (1%) continha do 1010 UFC de LGG liofilizado (Culturelle, Amerifit, EUA). Etanol (0,5%) foi adicionado na água do aquário PE. Após, os animais foram sacrificados e os conteúdos intestinais semeados em meio MRS, específico para lactobacilos, e incubados a 37°C por 48 h em microaerofilia. Foi realizada a técnica de Gram nas colônias que se desenvolveram. A suspensão foi submetida a lise térmica e, após, foi executada a reação de PCR com primers espécie-específicos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do HCPA. RESULTADO: As amostras do grupo C não apresentaram crescimento do LGG, porém, todas dos grupos P e PE apresentaram um significativo crescimento, mostrando que o etanol não inibiu a colonização intestinal do peixe. A presença do LGG foi confirmada por PCR. A técnica de Gram comprovou a presença de lactobacilos nas amostras dos grupos P e PE. CONCLUSÃO: O LGG coloniza o intestino do zebrafish exposto ao etanol.

PROFILAXIA PARA ÚLCERA DE ESTRESSE EM PACIENTES INTERNADOS EM CINCO UTIS PEDIÁTRICAS DE PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

Taísa E. Araújo, Sandra Maria Gonçalves Vieira e Paulo Antonacci Carvalho

OBJETIVO: Avaliar o uso de medicamentos profiláticos para úlcera de estresse (U.E) em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP). MÉTODOS: Estudo multicêntrico, prospectivo, transversal, em cinco UTIPs de Porto Alegre. Foram avaliados os prontuários de todos os pacientes internados, em dia definido aleatoriamente, no período de abril de 2006 a fevereiro de 2007. Pacientes já avaliados em visitas anteriores e aqueles com hemorragia digestiva alta na admissão foram excluídos. Foram avaliados: idade, sexo, diagnóstico na admissão, gravidade da doença, uso de medicamentos profiláticos para sangramento digestivo, medicamento de primeira escolha e justificativa do uso. RESULTADOS: Foram avaliados 398 pacientes, 57% do sexo masculino, mediana de idade de 16 meses (IQ: 4-65) e mediana de permanência em UTIP de 4 dias (IQ: 1-9). O principal motivo de internação foi doença respiratória (32,7%). Apenas uma das UTIPs tinha protocolo assistencial para uso de profilaxia para U.E. Usaram profilaxia 77,5% dos pacientes, variando de 66 a 91%. A ranitidina foi o medicamento mais empregado (84,5%), sendo a ventilação mecânica (22,3%) a justificativa mais prevalente, seguida de rotina informal do serviço (21,4%). Em 3% dos pacientes houve indícios de sangramento digestivo, nenhum clinicamente importante. CONCLUSÕES: O uso de medicamentos profiláticos para U.E foi prática frequente nas UTIP avaliadas, sendo a ranitidina a droga de escolha. Entre as indicações para profilaxia estabelecidas na literatura, a ventilação mecânica foi a indicação mais prevalente. Ressalta-se que o uso baseado em rotinas institucionais assumiu, na amostra estudada, igual prevalência.

PROFILAXIA SECUNDÁRIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS PORTADORES DE VARIZES ESOFÁGICAS

Janine Potrich, Eduardo Montagner Dias, Marina Adami, Cristina Targa Ferreira, Helena Goldani, Sandra Vieira, Carlos Oscar Kieling, Jorge Luis dos Santos e Daltro Nunes

OBJETIVO: Avaliar a evolução de pacientes pediátricos submetidos à ligadura elástica para profilaxia de ressangramento digestivo alto. MÉTODOS: Entre 2000 e 2011, 35 crianças foram submetidas à ligadura elástica após sangramento de varizes esofágicas. O programa de ligadura por endoscopia incluía sessões a cada 3 semanas até erradicação, com controles semestrais e anuais após. RESULTADOS: 22 crianças eram portadoras de hipertensão portal intra-hepática e 13 portadoras de obstrução extra-hepática da veia porta. O número médio de bandas elásticas colocadas no primeiro procedimento foi de 2,7 ± 1,1 para pacientes com hipertensão portal de causa intra-hepática e 3,7 ± 1,2 no grupo de obstrução extra-hepática. Em 24 das 35 crianças se obteve erradicação das varizes esofágicas. O tempo médio de erradicação foi de 8,6 semanas. Varizes gástricas foram diagnosticadas em 65% dos pacientes na primeira endoscopia e em igual proporção nas endoscopias após ligadura elástica. A frequência de gastropatia hipertensiva aumentou de 37% para 68%. Após erradicação, houve 4 casos de ressangramento digestivo alto, por varizes esofágicas e de cárdia. A recorrência de varizes esofágicas foi de 58% em um tempo médio de seguimento de 5 anos. CONCLUSÕES: Em pacientes pediátricos submetidos à ligadura elástica para profilaxia secundária, houve um aumento no número de casos de gastropatia hipertensiva, mas não de varizes gástricas. Após erradicação de varizes esofágicas, 16,7% apresentaram novo episódio de sangramento, embora nenhum deles fosse por varizes de fundo gástrico nem por gastropatia hipertensiva.

RN PREMATURO COM 4 EPISÓDIOS DE ENTEROCOLITE NECROSANTE: RELATO DE CASO

Paulo de Jesus Hartmann Nader, Augusta Luize Harff, Shana Segatto Vendruscolo, Alexandra Fantinel Dornelles, Ana Paula Boscato e Camila Borges Mosmann

Paciente feminina, nascida no dia 07/01/2011 de parto vaginal, bolsa íntegra, no Hospital Universitário de Canoas, apresentando: Apgar 7/8, 1275 g, 29 semanas, AIG. Permaneceu nesta instituição 135 dias, onde apresentou: septicemias com hemoculturas (HMC) positivas para Candida albicans e Pseudomonas aeruginosa; pielonefrite fúngica; enterocolite necrosante (EN) de repetição. Os episódios de EN: Episódio 1: 7 dias de vida. Rx de abdome com pneumoperitônio. Realizado laparotomia e ileostomia. Utilizado vancomicina e amicacina. Alimentada com leite materno e fórmula especial para prematuros. Episódio 2: 85 dias de vida. Rx de abdome com pneumatose, sem pneumoperitônio. HMC negativa. Utilizado vancomicina e amicacina, por 16 dias. Alimentada com hidrolisado proteico (HP). Episódio 3: 108 dias de vida. Rx abdome com pneumatose e pneumoperitônio à direita. HMC negativa. Utilizados vancomicina e meropenem por 10 dias. Alimentada com HP. Episódio 4: 134 dias de vida. Apresentou vômitos, distensão abdominal, hematêmese, equimoses, ânus protuso. Rx de abdome com pneumatose e pneumoperitônio. Utilizado vancomicina e meropenem. Alimentada com HP. A cirurgia pediátrica constatou abdome agudo, sem condições clínicas para intervenção. Evoluiu para PCR sem resposta a manobras de reanimação, tendo como desfecho o óbito. REVISÃO DE LITERATURA: A EN é uma importante causa de morbimortalidade neonatal. Atinge com maior frequência os prematuros com peso inferior a 1.500g. Causada por invasão bacteriana na parede intestinal isquêmica, que leva a sintomas como: distensão abdominal, letargia, instabilidade térmica, enterorragia, sinais de peritonite e sepse. Considerada a emergência cirúrgica mais comum no período neonatal. Pode progredir para perfuração intestinal, a qual é tratada cirurgicamente em praticamente todos os pacientes. No raio-x é frequentemente associada com presença de pneumoperitônio. O tratamento consiste em suspender a alimentação oral e administrar antibióticos de largo espectro. Em estudos, o leite materno mostrou maior correlação com menor tempo de nutrição parenteral. Sabe-se que prematuros alimentados com leite de vaca apresentam um risco seis vezes maior de desenvolver EN em relação aos que se alimentam somente com leite materno, sendo este de importante papel na prevenção e no tratamento desta patologia. A presença de alterações anatômicas e imunológicas neste prematuro pode ter sido o motivo de um número elevado de episódios de EN.

SOBREVIDA DO FÍGADO NATIVO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS APÓS PRIMEIRO EPISÓDIO DE INFECÇÃO DA ASCITE

Melina Ultz Melere, Melina Petry Souza, Carlos Oscar Kieling, Cristina Helena Targa Ferreira, Jorge Luiz Dos Santos, Sandra Maria Gonçalves Vieira

INTRODUÇÃO: Pacientes cirróticos com ascite estão em risco de desenvolver infecção do líquido de ascite como a peritonite bacteriana espontânea e suas variantes. Sendo uma complicação

grave e frequente apresenta-se com um prognóstico bastante reservado podendo progredir para uma situação incapacitante. OBJETIVO: Avaliar a sobrevida do fígado nativo em pacientes pediátricos um ano após o primeiro episódio de infecção da ascite. Morte do paciente ou transplante hepático foram considerados perda do fígado nativo. MÉTODOS: Trata-se de um estudo retrospectivo, baseado na revisão dos prontuários de 22 pacientes internados no setor de Gastroenterologia do Serviço de Pediatria do Hospital de Clinicas de Porto Alegre (RS). Todos os pacientes eram cirróticos e apresentavam ascite. O critério de inclusão para revisão de cada caso foi o desenvolvimento do primeiro episódio de infecção de ascite. RESULTADOS: Foram estudados os 22 primeiros episódios de infecção do líquido de ascite. Treze dos 22 pacientes (59,1%) eram do sexo feminino e 91%, caucasianos. A mediana da idade foi de 1,0 anos (0,3-20 anos). A atresia de vias biliares foi a principal etiologia (14/22; 63,6%) observada. Vinte pacientes foram definidos como cirróticos graves (child-Pugh, classe C). Os sinais e sintomas clínicos como febre e ascite volumosa estiveram presentes em 10 pacientes. A cultura do líquido de ascite foi positiva em 13/22 (59%), sendo Escherichia Coli (E.Coli) a bactéria mais prevalente. A sobrevida do fígado nativo foi de 68%, 29%, 25% e 10%, no período de 1, 3, 6 e 12 meses após o primeiro episódio de peritonite bacteriana espontânea (PBE), respectivamente. O transplante hepático foi realizado em seis pacientes (27,2%). De todos pacientes cirróticos, apenas dois (9,09%) não foram transplantados e estiveram com seu fígado nativo até término do estudo. CONCLUSÃO: A sobrevida total do fígado nativo após um ano do primeiro episódio de infecção do líquido de ascite foi de 10% – dois pacientes de nosso grupo.

USE OF MULTISTIX REAGENT STRIP IN DIAGNOSIS OF ASCITES INFECTION IN CIRRHOTIC CHILDREN

Sandra Maria Gonçalves Vieira, Carlos Oscar Kieling, Ursula da Silveira Matte, Cristina Helena Targa Ferreira e Themis Reverbel da Silveira

AIM: To assess the utility of reagent strip for leukocyte esterase for the diagnosis of ascites infection in children with cirrhosis and ascites. METHODS: Eighteen consecutive cirrhotic patients (10 females; median of age: 0.6 y; range: 0.2 y – 16 y) were included, and a total of 41 paracentesis were performed. The underlying aetiology of cirrhosis was biliary atresia in 13, Cryptogenic Cirrhosis in 3 , Alagille Syndrome and Viral Hepatitis B, one each. The Child-Pugh Score was C in 14/18 (77.7%) and the median of PELD Score was 19.5 (range:2-38). Diagnostic abdominal paracentesis was performed on admission, and a Multistix(Bayer Pharma) reagent strip was immersed in one ascitic sample from each patient. Readings after 120 s were either negative (negative, +) or positive (++ or +++). All ascitic fluid samples were also analyzed using cytology, neutrophils count, appropriate biochemical tests and bacterial culture. RESULTS: There were 10 cases of spontaneous bacterial peritonitis (SBP), 1 cases of secondary bacterial peritonitis (SecBP), 2 cases of bacteriascites (BA) and 28 cases of culture negative non-neutrocytic ascites (CNNNA) by means of the classical criteria. The strip were positive in 10/10 cases of SBP, 1/1 case of SecBP,1/2 cases of BA and 1/28 cases of CNNNA. In addition, 7 paracentesis performed 48 h after the diagnoses of ascites infection were tested by reagent strip. This test was positive in 7/7 of these cases despite the improvement of PMN ascites count cell CONCLUSION: Leukocyte esterase reagent strips may provide a rapid bedside diagnosis of SBP and SecBP. Caution is recommended in cases of BA and in paracentesis controls.

TRANSPLANTE HEPÁTICO ISOLADO POR FIBROSE CÍSTICA: SETE ANOS DE SEGUIMENTO

Sandra Maria Gonçalves Vieira, Carlos Oscar Kieling, Cristina Helena Targa Ferreira, Elenara Fonseca Andrade Procianoy, Maria Lúcia Zamotelli, Themis Reverbel da Silveira, Antonio Fernado de Abreu e Silva e Paulo de Tarso Dalcin

OBJETIVO: Descrever as características e a evolução de 5 pacientes portadores de FC submetidos a TH isolado (acompanhamento de até 7 anos). PACIENTES E MÉTODOS: Estudo de coorte retrospectivo. RESULTADOS: O período de acompanhamento/paciente variou de 2,10- 6,9 anos. Todos caucasianos, 80% masculinos, média de idade=14 + 3,5 anos. Três pacientes (60%) Child-Pugh B. Hipertensão porta (HP) foi a indicação de TH em todos (3/5: episódios graves de sangramento digestivo (SD); 5/5: hiperesplenismo). Média de plaquetas pré-TH= 68000 + 43514. Co-morbidades pré-TH: 1/5: Hepatite B (portador assintomático); 1/5: Diabetes Mellitus 1(DM-1). Colonização pré-TH: B cepácea(1); P aeruginosa(4). Média de volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) pré-TH: 77,4 + 17,6% do previsto. Enxertos: cadavéricos (4), doador vivo (1). Imunossupressão: corticosteroides e tacrolimus (corticosteroide até o 6º mês, em todos). Complicações precoces (até 30 dias): ascite (3/5), insuficiência renal (4/5), hiperglicemia (5/5); hidrotórax hepático (1/5). Complicações tardias: rejeição aguda (2/5), obstrução vascular (1/5), obstrução biliar (1/5), tuberculose (1), depressão (1). Três pacientes se mantiveram com função renal alterada. DM-1ocorreu em 3 pacientes. Não houve episódios de SD pós-TH e a média de plaquetas neste período foi de 126800 + 47540, sendo significativa a diferença entre os períodos (P=0,02). Colonização pós-TH: S. aureus resistente a meticilina (2). Média de VEF1 pós-TH= 48,4 + 26,6% do previsto, sendo significativa a diferença entre os períodos (P=0,0004). Houve 2 óbitos por causas pulmonares. CONCLUSÕES: A HP foi a indicação de TH em todos os pacientes. No período pós-TH, não houve episódio de SD e houve significativo incremento no número de plaquetas. Principais complicações observadas: DM-1 e declínio da função pulmonar.

INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA

A IMPORTÂNCIA DA ORIENTAÇÃO MÉDICA NA PREVENÇÃO DA TOXOPLASMOSE CONGÊNITA: RELATO DE CASO

Laura Marmitt, Ana Beatriz Ramos Wasniewski, Fernanda Mariani Cocolichio e Eleonor Gastal Lago

INTRODUÇÃO: A toxoplasmose congênita ocorre após infecção materna durante a gestação, podendo eventualmente resultar de reativação da infecção latente em mulheres imunodeprimidas. O objetivo principal do rastreamento pré-natal para a toxoplasmose é a identificação de gestantes suscetíveis à infecção aguda, possibilitando ações de prevenção primária a fim de evitar danos ao feto. OBJETIVO: Reconhecer a importância de uma orientação médica adequada às gestantes não imunes contra toxoplasmose para a prevenção da doença congênita e suas sequelas. RELATO DE CASO: Paciente masculino, nasceu por parto normal em Porto Alegre, RS, IG: 40+3, apgar 8/9, peso 3.365g. Apresentava petéquias difusas (face, membros inferiores, abdômen e dorso), esplenomegalia e microcefalia, sendo internado na UTI neonatal. Em avaliação diagnóstica, paciente apresentou sorologia positiva para infecção aguda por toxoplasma. Apresentava calcificações intracranianas esparsas com sinais de hemorragia, além de lesão oftalmológica em mácula bilateralmente. Foi iniciado tratamento

no sétimo dia de vida. Mãe realizou pré-natal adequado (8 consultas) com todas sorologias negativas em 1º trimestre de gestação. Relata não ter recebido nenhuma instrução sobre prevenção da toxoplasmose. DISCUSSÃO: O Rio Grande do Sul é um dos lugares com maiores índices de Toxoplasmose no mundo, evidenciando a necessidade de manter a população informada sobre o assunto. A prevenção primária da toxoplasmose congênita consiste em evitar a contaminação pelo Toxoplasma gondii durante a gestação. É importante que as pessoas desmitifiquem o gato como o único meio passível de adquirir a doença, compreendendo que há muitas outras maneiras de contágio. As principais formas de prevenção são a lavagem das mãos ao manipular alimentos, lavagem adequada de frutas e verduras, ingestão de carnes bem cozidas evitando embutidos, uso de luvas ao manipular terra, evitar contato com gatos, entre outras. Estudos mostram que a orientação médica é a forma mais efetiva de obter a aderência das pacientes a essas medidas de prevenção. CONCLUSÃO: Conclui-se que, diante de uma gestante com exame sorológico negativo para toxoplasmose, especialmente em áreas de alta prevalência, torna-se mandatório o médico abordar as formas de prevenção da doença. É importante instruir adequadamente a paciente acerca dos riscos da contaminação intraútero, a fim de obter uma boa aderência às medidas preventivas, evitando, assim, possíveis sequelas ao recém-nascido.

DOENÇA DE KAWASAKI E MONONUCLEOSE INFECCIOSA: RELATO DE CASO

Vanessa Valesan

INTRODUÇÃO: A Doença de Kawasaki (DK) é uma vasculite aguda multissistêmica que acomete principalmente crianças pequenas, com pico de incidência entre os 9 e 11 meses de idade. A Mononucleose Infecciosa, mais conhecida como Síndrome do Vírus Epstein-Barr, é mais prevalente em crianças maiores e adolescentes. RELATO DO CASO: Menina de 6 anos de idade, previamente hígida, com história de febre e sintomas gripais consultou no Posto de Saúde do seu município, recebendo diagnóstico de infecção de vias aéreas superiores. Após iniciar o uso de medicação sintomática apresentou rash eritematoso localizado na face e tronco. Persistiu com febre e aumento das lesões exantemáticas, necessitando de internação hospitalar. A criança evoluiu com piora do exantema e aparecimento de lesões na mucosa oral e conjuntivas e edema nas articulações. Durante a internação apresentou episódio de hipotensão arterial, recebendo reposição volumétrica. Transferida para UTI pediátrica, após piora do quadro clínico, realizou exames laboratoriais que mostravam leucocitose importante, com desvio à esquerda e aumento de marcadores inflamatórios. Investigação para exantema macular purpúrico foi iniciada. No segundo dia de internação na UTI pediátrica, apresentava-se ao exame clínico em regular estado geral, prostrada, edemaciada, estável hemodinamicamente e linfonodomegalia em região cervical. Além do exantema eritemato-purpúrico generalizado, havia descamação em dedos das mãos e dos pés, secreção em olho esquerdo, com leve hiperemia conjuntival bilateral, lesões descamativas em mucosa oral e hiperemia difusa na região da língua. Exame cardiológico e respiratório sem alterações. Baseado no quadro clínico, foi realizado o diagnóstico de Doença de Kawasaki. Solicitada avaliação cardiológica, a qual detectou no Ecocardiograma leve dilatação de coronárias, principalmente à direita. Iniciou tratamento com Gamaglobulina Humana, restrição hídrica, diurético de alça e ácido acetilsalicílico em altas doses. Após melhora do quadro clínico, antes da alta hospitalar, confirmou-se o diagnóstico de Mononucleose Infecciosa, com sorologia positiva. Segue em acompanhamento ambulatorial. CONCLUSÃO: A etiologia da Doença de Kawasaki permanece desconhecida até o momento, porém, há uma provável associação a um agente infeccioso. Esse caso mostra os achados clínicos típicos da DK associados à Mononucleose Infecciosa.

GRIPE PNEUMÓNICA A (H1N1) DE 1918 EM PORTUGAL CONTINENTAL: LIÇÕES DO PASSADO, ALERTAS NO PRESENTE E NO FUTURO

João José Cúcio Frada

INTRODUÇÃO: Grassando em Portugal, entre finais de maio e os últimos dias de novembro de 1918, esta gripe provoca uma autêntica razia demográfica. OBJETIVO: Para o estudo desta pandemia e do seu impacto, em particular sobre a população pediátrica, a par do levantamento da mortalidade gripal, definimos diversos fatores: densidade demográfica, imunidade em anos precedentes, litoralidade e interioridade, mortalidade infantil, taxas de analfabetismo, mortalidade por doença desconhecida, enterite e tuberculose, enquanto objetivos de investigação. MÉTODOS: Correlação estatística; A. F.C. RESULTADOS: Segundo os nossos cálculos, esta gripe causou 60.474 mortos. Avaliando o peso da relação e influência daqueles múltiplos fatores sobre a mort. gripal, concluímos que, à exceção da mort. por enter e tuberc, nenhum dos outros assume significado relevante para a compreensão dessa frequência, distribuição e ocorrência. Taxas elevadas de mort. por gripe, enter e tuberc aparecem sempre associadas, predominantemente, nos grupos etários dos 0-11meses;12-23m; 2-4anos; 20-29a; 30-39a; 40-49a e 50-59a. Independentemente do sexo, as taxas mais elevadas de mort/Enter associam-se sempre aos grupos etários dos 0-11m (5,81%) e 12-23m (3,75%). No 3º lugar da tabela, situa-se o grupo dos 2-4a (0,77%). Quanto a mort/Tuberc, depois do grupo dos 20-29a, com a taxa mais elevada (0,27%), situam-se os grupos dos 30-39a (0,24%); 40-49a (0,21%); 50-59a (0,15%) e 12-23m (0,14%). Na tabela de mort/Gripe, o grupo mais atingido é o dos 12-23m (2,20%). Em 2º lugar, situa-se o grupo dos 30-39a (1,67%), seguido muito de perto, em 3º lugar, pelo grupo dos 0-11m (1,64%). Em 4º lugar, o grupo dos 20-29a (1,55%). CONCLUSÕES: As taxas mais elevadas de mort. gripal centram-se exatamente nos mesmos grupos etários onde se verificam os maiores índices de mort. por enterite e tuberculose. Isto nos leva a concluir que estes últimos fatores terão favorecido a mort.pandêmica. Sabendo que as crianças dos 11-23m, de um modo geral, não se beneficiam da proteção imunitária conferida pelo leite materno, levando ainda em conta o baixo índice higiênico-sanitário das famílias onde residem (conforme se depreende pela elevada taxa de mort/enter, no mesmo grupo etário), bem como a alimentação precária a que têm acesso (a elevada taxa de mort/tuberc. em adultos e crianças é a prova disso), concluímos que tais fatores não são alheios à ocorrência e distribuição da mort.gripal entre a população pediátrica.

LEISHMANIOSE VISCERAL: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Ângela de Moura, Larissa Durães Franco de Oliveira e Sônia Domingues Lueska

INTRODUÇÃO: Com a expansão da área de abrangência e o aumento significativo do número de casos, a leishmaniose visceral, dentre as doenças tropicais, é hoje importante problema de saúde pública no Brasil. O diagnóstico clínico é complexo, pois muitos pacientes são assintomáticos, e os sinais e sintomas podem ser comuns a outras patologias nas áreas onde incide a leishmaniose. A manifestação clínica mais comum é a síndrome conhecida por Kalazar e seu período de incubação pode variar de semanas a anos. O diagnóstico necessita de testagem laboratorial específica, e o diagnóstico definitivo requer a demonstração do parasita, que pode ser feita em material de biópsia ou punção aspirativa do baço, fígado, medula óssea ou linfonodos. RELATO DE CASO: Nosso objetivo é relatar o caso de uma criança de 6 anos, procedente de zona rural do Pará, com hepatoesplenomegalia, dor abdominal,

desnutrição e linfonodomegalia generalizada em investigação há 2 anos, com tratamentos prévios para toxoplasmose e tuberculose, porém, sem diagnóstico definido. Durante os três meses de internação em hospital terciário de Porto Alegre, foram realizadas sorologias para diversas doenças infecciosas, incluindo leishmaniose, sendo todas negativas. Biópsias de medula óssea e linfonodo inguinal não evidenciaram a presença do parasita nem apontaram para outra etiologia que explicasse o quadro clínico. Realizada tomografia de abdome, com evidência de linfonodomegalias retroperitoneais e mesentéricas, além da hepatoesplenomegalia. O diagnóstico neste caso foi presuntivo. Baseou-se na associação dos dados clínicos, epidemiológicos e achado de hepatopatia reacional com fibrose perivenular e perisinusoidal difusa em biópsia hepática, sugestivos de leishmaniose visceral. Após iniciado tratamento com anfotericina B, a criança apresentou boa resposta clínica, melhora da dor abdominal, redução da circunferência abdominal e medida do baço. CONCLUSÃO: Este caso demonstra a importância do diagnóstico, mesmo na ausência do parasita, para assim orientar tratamento adequado, uma vez que a leishmaniose pode assumir formas graves e letais quando associada a quadro de desnutrição e infecção concomitante.

PARASITOSES INTESTINAIS EM CRIANÇAS DE UM BAIRRO DE UM CENTRO URBANO AO SUL DO BRASIL

Vanessa Adriana Scheeffer e Cristiano do Amaral de Leon

INTRODUÇÃO: A presença de parasitos intestinais pode trazer sérias repercussões sistêmicas. Na população pediátrica, os danos tendem a ser ainda mais graves. Devido a sua importância para a saúde pública, o presente estudo visa a descrever a prevalência de parasitoses intestinais e o perfil epidemiológico de 200 crianças de 12 a 83 meses de idade, residentes de um bairro emergente de um centro urbano ao sul do Brasil. MÉTODOS: Foi realizada pesquisa de campo, com preenchimento de questionário composto por oito questões relevantes ao tema estudado, pesagem das crianças e solicitação para realização do exame parasitológico de fezes. Os dados foram coletados no período de março de 2010 a março de 2011 e o teste de Fisher foi utilizado para a análise dos dados. RESULTADOS: Cinquenta e seis crianças realizaram o exame, sendo encontrada, dentre essas, uma prevalência de 16,1% de monoparasitismo e 1,8% de poliparasitismo. O parasita com maior positividade dentre os exames realizados foi Giardia lamblia. Não foram encontradas associações significativas entre o perfil epidemiológico da população estudada e os resultados obtidos pelo exame coprológico. CONCLUSÃO: A prevalência de parasitismo encontrada se assemelha à esperada para a população, mas é inferior a de outros estudos brasileiros. Os parasitas encontrados demonstram as precárias condições de higiene da região, sendo que fatores pessoais devem ser mais determinantes que os ambientais para a disseminação dos parasitos nesta população. O alcance da amostra alvo é essencial para correlacionar os fatores de risco desta população com a positividade de parasitose intestinal.

TOXOPLASMOSE EM RECÉM-NASCIDOS

Silvana Moura, Daiana Paz, Grasiele Mello, Karen Miotto e Gabriela Grossi

INTRODUÇÃO: A toxoplasmose é uma zoonose adquirida de numerosas espécies animais, mas tem como hospedeiro definitivo o gato. Tem ampla distribuição geográfica e a transmissão congênita pode ocorrer quando a mulher adquire a primoinfecção durante a gestação. Destes casos, 90% são assintomáticos. O parasita atinge o concepto por via transplacentária. A infecção fetal pode ser atenuada, ou prevenida, quando há tratamento materno após um diagnóstico precoce. OBJETIVOS: Descrever os danos causados pela toxoplasmose no recém-nascido e a importância do diagnóstico precoce. MÉTODOS: Revisão de literatura de banco de dados do Scielo e PubMed. Descritores: toxoplasmose, transmissão vertical, gravidade. DISCUSSÃO: A incidência da infecção depende dos hábitos alimentares, do contato com animais portadores da doença e das condições climáticas. O diagnóstico da infecção durante a gestação é importante pela gravidade das lesões. É uma das mais danosas doenças para o feto, particularmente quando a gestante adquire a infecção nos dois primeiros trimestres da gravidez. Por outro lado, a gravidade das lesões é tanto maior quanto mais precoce durante a gestação. Tem como tétrade clássica a retinocoroidite, hidrocefalia, microcefalia e calcificações intracranianas. É uma das poucas infecções que possibilita diagnóstico, prevenção e tratamento na fase pré-natal. Se a mulher está com a doença ativa, o primeiro passo é evitar que ocorra a transmissão para o feto. Para isto, a espiramicina é iniciada, independentemente da idade gestacional, e deve ser mantida até a pesquisa da infecção fetal. Depois, é preciso verificar se o feto foi ou não infectado, o que implica a coleta de material do líquido amniótico por punção para pesquisar a presença de componentes do parasita. Se o feto não foi infectado, a espiramicina deve ser mantida até o final da gravidez para que o risco seja diminuído. Se houve a contaminação, deve-se iniciar o tratamento com Sufadiazina, Pirimetamina e Ácido Folínico. Este esquema deve ser alternado com o de espiramicina isoladamente, a cada 04 semanas. CONCLUSÕES: O diagnóstico precoce de toxoplasmose na gestante é de suma importância para o rápido manejo, evitando graves danos para o recém-nascido. Para isso, são usados o teste de avidez de IgG, PCR em fluidos e, em tecidos, o exame de Western Blot.

TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV EM GESTAÇÃO GEMELAR

Nildo Eli M. D'Avila, Ana Cândida C. P. Ferreira e Luiz Fernando Tavares

INTRODUÇÃO: Apresentamos um caso de gestação gemelar dizigótica em mãe soropositiva para o HIV, no ano de 2003, sem tratamento antirretroviral durante a gestação, no qual a transmissão vertical ocorreu apenas para o segundo gemelar. OBJETIVO: Analisar os fatores que influenciam na transmissão materno-fetal do Vírus da Imunodeficiência Humana e revisar a literatura sobre o tema. COMENTÁRIOS: De acordo com a maioria das publicações sobre o tema, fica evidente a importância da via de parto e da ordem de nascimento como principais fatores determinantes para a transmissão vertical discordante entre gemelares. Entretanto, em nosso relato, encontramos como determinantes os fatores relacionados à presença de receptores para o HIV nas células da placenta e/ou do feto. Gestações gemelares permitem uma avaliação sólida sobre a influência de cada fator envolvido na transmissão vertical do HIV, sendo grande sua importância como alvo de estudos.

NEFROLOGIA PEDIÁTRICA

SÍNDROME NEFRÓTICA CONGÊNITA: RELATO DE CASO

Juliana Talita Goes, Fátima Cleonice de Souza e Claus Dieter Dummer

INTRODUÇÃO: Síndrome nefrótica congênita (SNC) é uma rara desordem renal caracterizada por intensa proteinúria, hipoalbu-

minemia, dislipidemia e edema generalizado. Diagnosticada logo após o nascimento, até três meses de idade, sendo a proteinúria grave (> 2g/m2/dia) o achado essencial para o diagnóstico. Sua etiologia está relacionada a mutações genéticas de proteínas como a nefrina, laminina e podocina, presentes na estrutura do podócito e da membrana basal glomerular. A sífilis congênita, toxoplasmose, hepatite B, HIV, rubéola e citomegalovirus, são causas secundárias de SNC. Pode levar a insuficiência renal e ao óbito. OBJETIVO: Relatar caso de SNC com o intuito de expandir o conhecimento desta patologia. RELATO DO CASO: RN, masculino, a termo, pesando 1.890g e apgar 6/9. Mãe 16 anos, primigesta, pré-natal sem intercorrências, sorologias negativas, porém com uso frequente de paracetamol por odontalgia. Admitido na UTI em grave estado geral, apresentando gastrosquise, edema cervical e palpebral importante. Realizou correção de gastrosquise em dois tempos cirúrgicos, evoluiu com piora clinica, instabilidade cardiorrespiratória e anasarca. Exames iniciais mostraram proteinúria elevada,com índice proteinúria/creatinúria (IPC) de 2.9, hipoalbuminemia (2.2 mg/dl), dislipidemia (colesterol total 251 mg/dl), sugerindo quadro nefrótico. Submetido a ventilação mecânica e apesar da infusão de antibióticos, albumina, plasma e diuréticos, persistiu com anasarca. Descartado infecção congênita. A ecografia mostrou derrame pleural, ascite e rins com aumento da ecogenicidade. Implementou-se suporte nutricional, terapia com corticoide e inibidores da enzima conversora de angiotensina, porém, seguiu com edema generalizado, evoluindo com piora laboratorial (IPC 3,38). Estabelecido o diagnóstico de SNC, refrataria ao tratamento. Paciente seguiu com piora clínica, evoluindo para óbito com 51 dias de vida. CONCLUSÃO: A SNC é uma enfermidade de difícil manejo terapêutico. Nos últimos anos, houve um melhor entendimento de das bases moleculares e genéticas da SNC. Ênfase ao emprego de medicamentos antiproteinúricos e suporte nutricional são fundamentais, possibilitando postergar o início do tratamento dialítico ou transplante renal. O déficit de desenvolvimento e as infecções bacterianas são complicações frequentes. A possibilidade de nefrectomia unilateral deve ser considerada na tentativa de reduzir a proteinúria.

NEONATOLOGIA

APLASIA CUTÂNEA CONGÊNITA

Adriana Souza dos Santos, Caroline Souza Sônego, Raquel Dutra Furtado, Patricia Parada Freitas e Nalú Costa

INTRODUÇÃO: A aplasia cutânea congênita é um defeito raro, caracterizado por lesões que vão da ausência da epiderme e derme até a falta de tecido subcutâneo e estruturas ósseas. Ocorre na proporção de 1:10.000 nascimentos. É de etiologia desconhecida, mas sua ocorrência tem sido associada a anormalidades vasculares intrauterinas, aderência amniótica, infecções virais, fatores hereditários e teratogenia. Ocorre isoladamente ou associada a outras malformações. RELATO DE CASO: RN único, vivo, feminino, nascido de parto normal em 20/02/2011, cefálico, peso ao nascimento 2.615g, 36 semanas de gestação. Sem história familiar de malformações. Mãe nega ter feito uso de medicamentos durante a gestação. Ao nascimento, apresentava solução de continuidade em MIE recoberta por fina membrana. Em coluna lombar apresentava sinus dérmico. À ausculta cardíaca, verificou-se presença de sopro sistólico. A paciente foi avaliada por neurologista e traumatologista, sendo submetida a exames de imagem e laboratoriais a fim de identificar outras possíveis anormalidades. Ao realizar ecocardiograma evidenciou-se forame oval patente, justificando o sopro cardíaco. Dia 21/02/2011 foi submetida a procedimento cirúrgico que visou à correção da lesão de MIE com aproximação das bordas e exérese do sinus dérmico junto à dura-máter. No pós-operatório, foi realizada profilaxia com ampicilina 300mg/Kg/dia de 12/12h e gentamicina 4 mg/kg/dia 24/24 h por 10 dias. Paciente evoluiu sem complicações. Recebeu alta hospitalar ao término da antibioticoterapia, sendo encaminhada para acompanhamento ambulatorial. DISCUSSÃO: A aplasia cutânea congênita apresenta-se mais frequentemente como lesão aplásica em couro cabeludo, na linha média, podendo haver ausência de dura-máter. O diagnóstico é predominantemente clínico pela presença de lesão ulcerada característica ou pela presença de lesão cicatricial atrófica com ausência de anexos cutâneos. Pode manifestar-se como lesões únicas ou múltiplas, geralmente com acometimento de pequenas áreas. O tratamento pode ser conservador, visto que a maioria das lesões fecham espontaneamente, se não forem muito extensas. O tratamento cirúrgico é reservado para casos mais graves nos quais podem ocorrer deformidades e comprometimento funcional.

EFEITOS DO USO MATERNO DA PRINCIPAL CLASSE DE ANTIDEPRESSIVOS SOBRE O FETO E O RECÉM- NASCIDO

Ilson Enk, Flavia Lopes Enk, Korine Camargo de Oliveira, Mauricio Rizzi Macagnan, Pedro Henrique Lopes e Bruno Eltz da Silva

INTRODUÇÃO: A depressão constitui a principal doença psiquiátrica da população, associada a morbidade e impacto social preocupantes. O sexo feminino é mais predisposto a quadros depressivos, sendo que na gravidez e puerpério imediato, este diagnóstico atinge cerca de 10% das mulheres. Todos os medicamentos administrados a uma grávida exigem rigorosa avaliação de riscos para o feto. A avaliação da segurança no seu uso na gestação é importante, porém, não se pode desconhecer que transtornos psiquiátricos não tratados, especialmente depressivos, são relacionados a maior mortalidade materna e riscos de abortamentos, pré-eclâmpsia e prematuridade. A classe de antidepressivos mais prescrita para depressões moderadas e graves de gestantes é a dos inibibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS), sendo fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina e venlafaxina seus principais representantes. OBJETIVOS: Revisar os principais efeitos teratogênicos dos ISRS. Apontar complicações neonatais pelo uso do antidepressivo no terceiro trimestre de gestação. Mencionar possíveis repercussões futuras neurodesenvolvimentais atribuídas ao uso de drogas psicotrópicas na gestação. MÉTODOS: Realizada uma revisão de literatura, através do PubMed, RIMA e outros sítios de pesquisa médica. RESULTADOS: Os ISRS são relacionados, sem consenso de literatura, com: malformações, especialmente defeitos septais cardíacos, prematuridade, baixo peso ao nascer, mortalidade do concepto, asfixia perinatal e mais admissões em UTI Neonatal. Síndrome comportamental neonatal e hipertensão pulmonar persistente do RN são complicações neonatais descritas em algumas publicações, resultantes do uso das medicações no terceiro trimestre de gestação. Meta-análise recente relatou maior incidência de abortamento espontâneo em mães que receberam ISRS no início da gestação. O trabalho não encontrou risco aumentado para malformações no concepto. Não há registro de mortes neonatais atribuídas ao uso materno destes antidepressivos nem prejuízos neurocomportamentais. CONCLUSÕES: Sabendo que são bem conhecidas as complicações dos transtornos depressivos não tratados da gestação, tanto para a mãe como para o feto e o neonato, a decisão do uso dos ISRS pode ser mandatória. A escolha do fármaco e a duração do tratamento devem ser avaliadas, tendo em vista os possíveis efeitos teratogênicos, os desfechos neonatais não desejados e efeitos neurodesenvolvimentais, ainda que não definitivamente comprovados.

MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS NO SUL DO BRASIL: ESTUDO DE CASO-CONTROLE EM CENTRO DE REFERÊNCIA

Laura Teixeira Canti, Malu Viter da Rosa Barbosa, Maitê B. Jotz, Lucia Pellanda e Liana Lisboa Fernandez

INTRODUÇÃO: As anomalias congênitas são umas das principais causas de morbimortalidade infantil, acometem cerca de 3 a 5% dos neonatos no mundo. Nosso objetivo é identificar a incidência e fatores associados às malformações congênitas (MFC) em recém-nascidos na maternidade do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre. MÉTODOS: Estudo do tipo caso-controle retrospectivo. Os dados utilizados foram obtidos entre janeiro de 2004 e dezembro de 2006, a partir do banco de dados do Estudo Colaborativo Latino-Americano de Malformações Congênitas (ECLAMC). RESULTADOS: Dos 10.360 nascimentos registrados nesse período, o percentual de malformados foi de 3,3%. Entre as malformações, 24,1% eram de face e pescoço, 20,8% de membros, 14,9% feto morto,11,5% de tórax e abdome, 8,4% de SNC, 7,8% de pele, 6,4% de trato genitourinário, 4% de síndromes cromossômicas, 2% outras malformações. As variáveis peso ao nascimento, peso placentário, idade gestacional e história familiar de malformações apresentaram associação significativa com malformações ($p < 0,001$). Constatou-se, ainda, uma maior frequência de sangramento gestacional nos casos do que nos controles ($p = 0,017$). Idades materna e paterna demonstraram valores limítrofes ($p = 0,074$ e $0,0569$, respectivamente). Os demais fatores (número de gestações, número de abortos prévios, gemelaridade e consanguinidade na família) não apresentaram associação significativa. CONCLUSÃO: O conhecimento sobre os fatores locais é fundamental para o planejamento adequado do atendimento ao recém-nascido, principalmente considerando o fato de que o Rio Grande do Sul tem a menor mortalidade infantil do Brasil. Nestes casos, cresce o impacto de medidas direcionadas ao atendimento de MFC.

RELATO DE CASO: ENCEFALOPATA HIPÓXICO-ISQUÊMICA INTRAÚTERO

Fabiani Waechter Renner, Cristiano Firpo Freire, Rafael Luiz Doncatto e Vilmar Fontanive Júnior

INTRODUÇÃO: A lesão cerebral hipóxico-isquêmica é a consequência mais importante da asfixia perinatal. A asfixia a termo quase sempre é evento intrauterino e ocorre hipóxia e isquemia juntas, e o resultado é a encefalopatia hipóxico isquêmica (EHI). O insulto isquêmico age sobre um SNC imaturo e manifesta sinais clínicos de disfunção cerebral. RELATO DE CASO: A.K.M., 1 ano, B,M, parto cesáreo, 39 semanas, mãe com história de diabetes gestacional nas ultimas 3 semanas de gestação e ITU nas últimas 72 horas com tratamento. Peso de nascimento: 5.015kg, altura 51cm, GIG, PC: 36cm, apgar 8/8, líquido amniótico meconial. Aspirado em sala de parto, exame físico normal, adotadas condutas de rotina e exames. Foi admitido em UTI neonatal para monitoração e por apresentar gemência após o nascimento. Realizado RX de tórax que evidenciou focos de consolidação bilaterais sugestivos de aspiração meconial. Foi instaurada terapia para sepse neonatal precoce com ampicilina + gentamicina por 10 dias. No decorrer da internação ocorreram pausas respiratórias com queda de saturação, e no 10º dia de internação foi solicitada avaliação neurológica por iniciar com episódios de nistagmo. Foram solicitadas sorologias e avaliação neurológica. As sorologias foram negativas, e o EEG evidenciou atividade de base de baixa amplitude e pouco reativo, com surtos breves de ondas theta lateralizadas na região frontal direita que pode corresponder à atividade irritativa. Realizada TC de crânio com extensas áreas hipodensas bitemporais sugestivas de lesão hipóxico-isquemica com algumas áreas de leucomalácia. Iniciou terapia com Topiramato e Fenobarbital, recebendo alta. DISCUSSÃO: No período fetal, um déficit de oxigenação desencadeia um mecanismo anaeróbio que transforma a glicose em ácido pirúvico; se continuar o déficit de oxigenação, as moléculas se transformarão em ácido láctico e diversos outros eventos metabólicos precipitarão reações de defesa que, se não revertidas, representarão novas fontes de lesões. A leucomalácia encontrada na TC representa uma necrose da substância branca periventricular, ocorrendo próximo aos ângulos externos dos ventrículos laterais, envolve o centro semioval e as radiações acústicas, na fronteira dos territórios superficiais e profundos das artérias cerebrais médias. A RM demonstra-se como um exame de maior sensibilidade para detecção de lesões em comparação com o ultrassom.

TRIAGEM NEONATAL NO PERÍODO PRECONIZADO: EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE PORTO ALEGRE

Vanessa Devens Trindade, Luís Felipe Pedroso Lopes, Francine de Bem e Canto, Thaiane Terra Siqueira, Gisele De Césaro Schafirowitz e Guilherme Coelho Dantas

INTRODUÇÃO: O teste do pezinho é um exame de extrema importância em saúde pública, pois diagnostica precocemente doenças que podem levar a sequelas irreversíveis. Buscamos avaliar o número de testes e se estes foram realizados no período correto em uma Unidade de Saúde da Família (USF). OBJETIVOS: Avaliar o número de testes e o período em que foram realizados nos recém-nascidos acompanhados por uma USF em 2010. Buscou-se também identificar se havia relação entre um teste colhido tardiamente e o número de consultas realizadas pelas mães no pré-natal. MÉTODOS: Estudo retrospectivo. A equipe registra todas as gestantes que realizam o pré-natal no serviço assim como são catalogados todos os dados dos bebês submetidos ao exame de triagem neonatal. Os dados foram retirados destes registros. RESULTADOS: No ano de 2010, foram realizados 52 testes do pezinho na USF. Destes, 32 (61,5%) foram coletados no período preconizado (do 3º ao 7º dia de vida) e 20 (38,4%) após. Dos 52 recém nascidos, 37 (71,1%) mães haviam realizado o pré-natal nesta unidade. Destas, 24 levaram os bebês no período adequado, sendo que 15 delas realizaram o mínimo de 6 consultas de pré-natal (63%) e das 13 mães que atrasaram a coleta do teste, apenas 3 haviam realizado o número preconizado de consultas de pré natal (23%). DISCUSSÃO: O Programa Nacional de Triagem Neonatal realiza, desde 2001, um rastreio das seguintes patologias: fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, fibrose cística, anemia falciforme e outras hemoglobinopatias. A importância da realização do teste nos primeiros dias de vida consiste em evitar os possíveis desfechos desfavoráveis das doenças que ele rastreia. A partir dos resultados encontrados foi possível concluir que aproximadamente 40 % dos testes foram coletados após o período preconizado. Além deste dado, apenas 23% das mães que atrasaram a coleta do teste de seus filhos possuíam um pré-natal completo. Estes dados sugerem que um pré-natal inadequado pode dificultar a adesão das mães no teste do pezinho e também diminuir o número de oportunidades de abordar estes temas com as mães. CONCLUSÃO: Este estudo reforça a preocupação da Equipe em melhorar a qualidade do pré-natal, assim como diversificar a abordagem para que as mães venham a melhorar a aderência às orientações recebidas.

NEUROLOGIA PEDIÁTRICA

DISTÚRBIOS DO SONO EM CRIANÇAS COM EPILEPSIA

Bruna Finato Baggio, Diego Ustárroz Cantali e Rodolfo Alex Teles

INTRODUÇÃO: A prevalência de distúrbios do sono em crianças com epilepsia é sub-reconhecida. Em geral, crianças com epilepsia vivenciam alterações no total de sono, a arquitetura do sono, latência do sono e despertares espontâneos, com uma maior incidência de fragmentação do sono, sonolência diurna. OBJETIVOS: O objetivo deste estudo é realizar breve atualização sobre a relação entre distúrbios do sono em crianças com epilepsia. MÉTODOS: O texto foi baseado em artigos e livros clássicos da literatura e em pesquisa na Medline e PubMed (publicações entre os anos 2002 e 2010), utilizando os descritores: sleep disorders, children, epilepsy. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Distúrbios do sono são queixas frequentes em pacientes com epilepsia. A gravidade da síndrome epiléptica e o grau de comprometimento neurológico prévio podem estar associados a alterações na arquitetura do sono de pacientes com epilepsia. Crianças com epilepsia têm uma incidência aumentada de alterações nos hábitos de sono em comparação com crianças sem epilepsia. Além disso, ataques noturnos, politerapia, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, epilepsia refratária e convulsões generalizadas são associados com maus hábitos de sono. Estudos dos distúrbios do sono em crianças com epilepsia são escassos, no entanto, esta população é considerada por obter a maior incidência de associação entre essas duas comorbidades. CONCLUSÃO: Epilepsia e distúrbios do sono influenciam um ao outro. Tanto um quanto o outro causam prejuízos na vida das crianças. O questionamento sobre distúrbios do sono em crianças com epilepsia deve fazer parte da rotina pediátrica. É importante o correto diagnóstico e o tratamento dessas duas patologias, visando melhor qualidade de vida para os pacientes e familiares.

ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSÍVEL: RELATO DE CASO

Maigrei Dani Ferrari e Margareth Rodrigues Salerno

INTRODUÇÃO: A encefalopatia posterior reversível é uma síndrome aguda de diversas causas. A maioria dos pacientes apresenta elevação acentuada dos níveis tensionais. Os sintomas são progressivos e compreendem cefaleia, diminuição do nível de consciência, crises convulsivas e distúrbios visuais. A sintomatologia regride completamente se corrigidas, em tempo as causas determinantes, caso contrário, podem instalar-se danos irreversíveis. Exames de imagem, como tomografia (TC) e ressonância nuclear magnética (RNM), contribuem para o diagnóstico. RELATO DE CASO: J.M.O., 5 anos, feminina. Interna na UTI pediátrica do Hospital São Lucas da PUCRS, por crise convulsiva prolongada e pico hipertensivo. Ao exame da chegada BEG, com movimentação e abertura ocular espontânea, emitindo sons inteligíveis, afebril, lesões impetiginosas em MMII e PA=180x120mmHg. Realizado anti-hipertensivo, coletados exames, iniciado oxacilina e realizada avaliação neurológica. Neurologia solicita EEG, TC de crânio, coletado líquor, todos os resultados sem alterações, paciente mantida em observação. Criança apresentou episódios de flutuação do sensório, reavaliado pela neurologia, que levanta hipótese diagnóstica de PRES (Síndrome da Encefalopatia Posterior Reversível) ou encefalite. Iniciado aciclovir empiricamente, coletado sorologias para STORCH (sem alterações), pesquisa de Herpes, Citomegalovírus e Epstein-Barr negativos no líquor. Realizado RNM de crânio que demonstrou edema de substância branca em região occipital, confirmando o diagnóstico de PRES. Paciente evolui bem, recebe alta hospitalar em BEG, assintomática, mantendo acompanhamento ambulatorial para definir etiologia do quadro clínico. RNM de controle, após 2 meses do quadro, sem alterações. DISCUSSÃO: A encefalopatia posterior reversível geralmente está associada a encefalopatia hipertensiva, eclâmpsia, neurotoxicidade, uso de ciclosporina-A, púrpura de Henoch-Shonlein, leucemia linfoblástica aguda, entre outras. A fisiopatologia é complexa, porém, sugere uma reação exagerada da autorregulação vascular cerebral, resultando em vasoespasmos reversíveis. A síndrome é marcada por cefaleia, alterações visuais, comportamentais e crises convulsivas, sendo os exames de imagem as grandes ferramentas para o auxílio diagnóstico.

ESPINHA BÍFIDA CONGÊNITA: PREVALÊNCIA E ÓBITOS EM PORTO ALEGRE

Grasiele Mello, Gabriela Grossi, Silvana Moura, Daiana Paz e Karen Miotto

INTRODUÇÃO: As malformações congênitas (MC) pesam de modo considerável nas estatísticas de morbidade e mortalidade perinatais. No Rio Grande do Sul, as MC são a segunda causa de morte em crianças com menos de um ano de vida, respondendo por cerca de 21% da mortalidade (1). A espinha bífida é uma MC em que há falha na fusão dos arcos das vértebras, tipicamente na região lombar. Esse defeito ocorre em consequência da associação de fatores genéticos e ambientais. Muitas causas têm sido propostas apontando esta relação, tais como deficiência de folato, diabetes materna, deficiência de zinco e ingestão de álcool durante os três primeiros meses de gravidez (2). MÉTODOS: Este é um estudo descritivo realizado a partir de análise dos dados sobre a prevalência de internações e óbitos por espinha bífida contidos na base de dados do site do Departamento de Informática do SUS – DATASUS (www.datasus.gov.br). Os dados foram retirados do painel "morbidade hospitalar do SUS, por local de internação". A população estudada foi a de pacientes menores de um ano de idade, nascidos na região metropolitana de Porto Alegre, durante o período de 1998 a 2007. RESULTADOS: Houve um total de 243 casos de espinha bífida registrados neste período. Destes, 120 eram do sexo masculino e 123 do sexo feminino. O total de óbitos foi de 13 casos (05 do sexo masculino e 08 do sexo feminino). DISCUSSÃO: A espinha bífida é uma patologia que representa uma alta incidência entre as malformações congênitas. Neste estudo houve um elevado numero de casos em relação ao período. A falta de planejamento pré-natal, cuidados durante o período gestacional, bem como fatores genéticos podem ser apontados como principais causas. Houve um predomínio da incidência no sexo feminino, que apontou, também, os casos de maior gravidade. A explicação para esse fenômeno tem sido associada ao fato de que, para o fechamento do tubo neural, o feto feminino necessita maior quantidade de gonadotrofina coriônica humana que o feto masculino e alguma deficiência da função deste hormônio pode aumentar o risco para esse tipo de malformação (3). CONCLUSÃO: Este estudo mostra altas taxas de EBC na população de Porto Alegre durante o período estudado. Isso pode dever-se às deficientes políticas de saúde voltadas aos cuidados de pré-natal.

ESTUDO DE CASO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TRANSTORNO DE HUMOR EM PACIENTE COM SÍNDROME DE HUNTER

Vinicius Costa da Rosa, Clarissa Gutierrez Carvalho, Socrates Salvador e Roberto Giugliani

OBJETIVO: Relatar o caso de um paciente com Síndrome de Hunter, com possível diagnóstico de Transtorno de Humor Bipolar, buscando mostrar comorbidades cognitivas em pacientes diagnosticados com MPS tipo II e a importância de um diagnóstico precoce para o devido tratamento de transtornos psiquiátricos. DESCRIÇÃO DO CASO: Paciente do sexo masculino, com 6 anos de idade, cor parda, natural e procedente de São Paulo. Segundo filho de pais sadios e não consanguíneos. Nasceu de parto normal em hospital, com marcos de desenvolvimento adequados até 1 ano, múltiplas internações nos primeiros anos de vida devido a quadros respiratórios infecciosos. Aos 3 anos, iniciada avaliação com geneticista do Hospital São Paulo, sendo firmado o diagnóstico de síndrome de Hunter com 4 anos. Em maio de 2010 veio para Porto Alegre para iniciar o tratamento com terapia de reposição enzimática no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Referida bastante agitação, inquietação e humor flutuante – o paciente alternava dias em que estava menos impulsivo e mais obediente com dias que estava bastante agressivo, agitado, com descontrole do apetite. Iniciado então tratamento com ácido valproico e risperidona, com melhor controle dos sintomas impulsivos e da agitação. COMENTÁRIO: O relato atual busca apresentar um diagnóstico diferencial em pacientes com Síndrome de Hunter, focando uma identificação precoce de possíveis comorbidades neurológicas. Há poucos estudos sobre transtornos do humor em doenças lisossomais, a maioria em adultos e adolescentes, e muitas vezes os sintomas são subtratados por serem atribuídos somente à doença de base. Evidenciando um transtorno de humor bipolar, houve a possibilidade de uma intervenção apropriada dentro das necessidades do paciente.

LEUCOMALÁCIA PERIVENTRICULAR E AS SEQUELAS NO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR

Ruth Ellen Blau Grimm, Suzanne Marie Blau Grimm, Liz Lopes Sombrio, Richard Khan e Márcia Menezes Gomes da Silva

INTRODUÇÃO: A Leucomalácia Periventricular é uma lesão de maior incidência em prematuros. Caracterizada por necrose multifocal na substância branca, é uma importante causa de paralisia cerebral, relacionando-se ao retardo no desenvolvimento neuropsicomotor. Normalmente, inicia-se no período neonatal, podendo acarretar danos clínicos importantes. RELATO DE CASO: L.B., 7 meses, feminino. Paciente prematura, 32 semanas, 1,830 Kg, com PC de 29 cm, Apgar 8/8. Parto vaginal com bolsa rota 1h antes. G4, A3, pré-natal com sorologias negativas. Necessitou O2 em campânula por 81 min com piora de padrão ventilatório, sendo entubada e tranferida à UTI, repetindo apneias. Na UTI desde o nascimento até o 20º dia. Aos 2 meses, retorna à UTI apresentando 4 apneias e 2 PCR, uma de 30 e outra de 10 min. Juntamente com crises convulsivas, não repetidas após ser hidantalizada. Aos 5 meses, PC de 35 cm, sem fixação de olhar, sem reação a estímulos auditivos, sem sustendo cefálico e com hipertonia espática em 4 membros. Aos 7 meses PC 38 cm, não senta com apoio e não apresenta sustento cefálico. Ecografia Transfontanelar com parênquima cerebral arquitetural em aspecto de múltiplos cistos, sugestivo de Leucomalácia Periventricular Multicística. Tomografia com hiperdensidades na substância branca periventricular e lombar, principalmente na região frontal direita, compatível com sequela de insulto hipóxico isquêmico. OBJETIVO: Discutir as principais características da Leucomalácia Periventricular e abordar as possíveis sequelas neurológicas desse evento. DISCUSSÃO: A Leucomalácia é uma importante causa de paralisia cerebral e deficiência mental. Para FONSECA (2002, 264) "As lesões podem variar de pequenas áreas de gliose e de redução da mielina, restritas a região periventricular, até sítios extensos de leucomalácia subcortical, às vezes com aparência de encefalopatia multicística." As evidências na tomografia revelam que houve dificuldades no seu desenvolvimento neuropsicomotor desde o nascimento, as quais estão se perpetuando ao longo de sua vida. E esses eventos relacionam-se ao insulto isquêmico sofrido pela RN. Ao nascimento, há a presença dos reflexos próprios do RN, os quais tendem a desaparecem no decorrer do desenvolvimento, grande parte extinguindo-se aos 2 meses. Também é encontrada a hipertonia de flexão em 4 membros que passa a ser hipotonia aos 2 meses e persiste dessa forma até 8 a 10 meses. Na paciente em questão, a hipertonia persiste até o momento, tendo a paciente 7 meses.

MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA ROTA ASSOCIADA A NEUROCISTICERCOSE EM ADOLESCENTE: RELATO DE CASO

Elton Ferreira de Almeida Férrer, Hanna Freire de Oliveira, Ronei Leite Férrer, José Nivon Silva e Elton Luis Martins Torres

INTRODUÇÃO: Trata-se do relato de um caso raro de AVE hemorrágico decorrente de uma malformação arteriovenosa (MAV) associada a neurocisticercose, que foi encontrada, casualmente, em TC sem contraste. RELATO DO CASO: Paciente masculino, 15 anos, pardo, foi admitido em hospital terciário de Fortaleza com rebaixamento do nível de consciência e hemiplegia direita. Na admissão, paciente apresentou episódio de síncope precedido de turvação visual, sudorese, parestesia e paresia progressiva em dimidio direito associado a vômitos em jato. Há 1 ano, passou a apresentar cefaleia frequente e intensa (2 vezes/semana), que nem sempre aliviava após uso de analgésicos. Ao exame físico, apresentava-se febril (39ºC), anictérico, acianótico, hidratado, com rebaixamento do nível de consciência, pupilas isocóricas, paresia e parestesia em dimídio direito 2+/4+ (MS>MI). Glasgow: 13 (AO: 3 / RV: 4 / RM: 6). FC de 55 bpm; PA de 110 x 70 mmHg. Achados laboratorias: leucocitose (1,73x103µl) com predomínio de neutrófilos; aneosinofilia (0), glicose (114mg/dL); TGO, TGP, Na+ e K+: normais; TAP (1,14) e TPTA (0,93): normais. A TC sem contraste evidenciou extenso hematoma intraparenquimatoso, em substância branca, e extravasamento de sangue para espaço subaracnoideo, além da presença de vesículas com escólex no parênquima cerebral compatível com neurocisticercose em fase aguda vesicular. Inicialmente, prescreveu-se Tramal, Manitol, Dexametasona e Dipirona. Fez-se albendazol associado a dexametasona por 21 dias e fisioterapia para reabilitação motora até a alta hospitalar. Depois o paciente foi submetido a embolização, que resolucionou 96% da MAV. Então, necessitou de ressecção cirúrgica, que ocorreu sem intercorrências. Houve recuperação progressiva dos déficits motores, recebendo alta em aproximadamente dois meses de internação, sendo prescrito hidantal para profilaxia de eventos convulsivos. CONCLUSÃO: Este trabalho evidencia a importância de se investigar melhor a etiologia de cefaleias em pacientes jovens e, em caso de AVE hemorrágico, suspeitar de malformação arteriovenosa e neurocisticercose como possíveis etiologias. Então, deve-se atentar para a necessidade do diagnóstico precoce tanto de MAV, quanto de neurocisticercose, a fim de evitar suas complicações.

MIGRÂNEA NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA

Diego Ustárroz Cantali, Bruna Finato Baggio e Rodolfo Alex Teles

INTRODUÇÃO: Cefaleia é uma queixa comum em pediatria, sendo a Migrânea uma de suas etiologias. Ela é um distúrbio neurológico crônico, caracterizado por cefaleia e outros sintomas associados. Contudo, a migrânea pediátrica continua subdiagnosticada e subtratada [1, 2]. OBJETIVOS: Apresentar breve atualização so-

bre avaliação e tratamento da migrânea na pediatria. MATERIAIS E MÉTODOS: Realizou-se revisão sobre a migrânea na infância. O texto foi baseado em artigos pesquisados no PubMed (publicações entre 2003 e 2011) utilizando os termos migraine e headache in childhood. RESULTADOS: A Migrânea é classificada pelo International Classification of Headache Disorders (ICHD-II) e está disponível on-line. As três principais classificações são migrânea sem aura, migrânea com aura e síndromes periódicas da infância que são comumente precursores de migrânea, respectivamente [2, 3]. O tratamento consiste em alterações comportamentais e medidas farmacológicas, com o objetivo principal de melhorar a qualidade de vida do paciente. Entre as principais orientações encontram-se sono regular, exercícios e diminuição da ingesta de cafeína. Os fármacos de escolha são ibuprofeno, acetaminofeno e sumatriptano spray-nasal [2, 4]. O Pediatric Migraine Disability Assessment (PedMIDAS) é um questionário que pode ser utilizado para identificar o impacto da migrânea e a resposta ao tratamento no paciente pediátrico [1, 5]. CONCLUSÃO: Migrânea é um distúrbio comum na faixa pediátrica. Infelizmente, ela continua sendo subdiagnosticada e subtratada, necessitando de maior atenção de pediatras e neurologistas. O tratamento correto é fundamental para uma melhor qualidade de vida do paciente e seus familiares.

REALIDADE VIRTUAL NA NEURORREABILITAÇÃO PEDIÁTRICA

Bruna Finato Baggio e Rodolfo Alex Teles

INTRODUÇÃO: A realidade virtual (RV) tem ganhando grande espaço como tratamento complementar para pacientes com patologias neurológicas. A RV é uma simulação do mundo real, usando computação gráfica. As características principais de um programa de RV ou aplicativo incluem interação e imersão [1]. OBJETIVOS: Apresentar a evidência científica da realidade virtual como possível tratamento para crianças com patologias neurológicas. MÉTODOS: Realizou-se uma busca na base de dados Medline utilizando os descritores: virtual reality, Pediatric Neurorehabilitation. Foram incluídos na revisão os artigos mais relevantes. RESULTADO E DISCUSSÃO: A RV oferece uma correspondência em três dimensões espaciais entre o grau de movimento no mundo real e do grau do movimento observado na tela do computador. Tal representação espacial permite um feedback visual relativo ao conhecimento do desempenho e orientação, que são cruciais para a aprendizagem motora em crianças [2]. O realismo do ambiente simulado através da RV permite que a criança adquira e reproduza habilidades importantes, tais como vencer um obstáculo, em um ambiente seguro. Esta exposição aumenta a probabilidade de que essas competências que são adquiridas através da RV sejam reproduzidas no seu cotidiano. Embora uma quantidade significativa de trabalho tenha sido feita nesta área, com resultados promissores, as características relevantes destes sistemas e a quantificação do seu impacto sobre a recuperação ainda não estão claramente compreendidas [3]. CONCLUSÃO: A RV até o momento é utilizada como forma de tratamento complementar, pois os estudos científicos ainda não são claros na real efetividade desta ferramenta na recuperação motora. São necessários mais estudos nesta área para que se possa confirmar a real aplicabilidade desta proposta.

RELATO DE CASO: MALFORMAÇÃO DE ARNOLD CHIARI TIPO II

Fabiani Waechter Renner, Jessica Alessio Gottfried, Raquel Oliveira Corbelini, Maitícia Fernandes Hoppe, Caroline Ronsoni Schneider e Cristiane Jardim Trevisan

INTROUÇÃO: A malformação de Arnold-Chiari tipo II é a mais comum, sendo caracterizada por hidrocefalia progressiva e meningomielocele, estando associada a outras anomalias do sistema nervoso central e comorbidades de diversos órgãos. RELATO DE CASO: V.L.V., masculino, 3 anos, branco, natural de Santa Cruz do Sul, nasceu por parto cesáreo, PN 3.800g , alt 52 cm, PC 50 cm, Apgar 7/9, não foi amamentado ao seio materno. Mãe fez pré-natal sem intercorrências, porém, não fez uso de ácido fólico. Apresentou o diagnóstico de hidrocefalia e meningomielocele lombossacra rota. Foram realizadas cirurgias de: correção da meningomielocele rota, de prolapso retal e colocação de derivação ventrículo-peritoneal (DVP). No decorrer de seu crescimento (AOS 2 anos de vida) foi necessário realizar gastrostomia devido sua dificuldade na deglutição e pneumonias aspirativas de repetição. Apresentou várias internações por crises convulsivas, sepse, meningite, pneumonias aspirativas e cistites, muitas vezes, sendo necessário troca da DVP. DISCUSSÃO: A meningomielocele representa a mais grave das formas de disrafismo envolvendo a coluna vertebral. Apresenta incidência de aproximadamente 1/4.000 nascidos vivos e produz disfunção de muitos órgãos e estruturas, inclusive esqueleto, pele e trato genito-urinário, além do sistema nervoso parassimpático e sistema nervoso central. Em associação com a meningomielocele descreve-se a síndrome de Chiari II (ou Arnold-Chiari), a qual se associa com a meningomielocele em todos os casos e, essencialmente, nunca ocorre na sua ausência. Esta malformação deve-se à herniação caudal do bulbo e das amígdalas cerebelares através do forame magno. Menos de 20% das malformações de Chiari II produzem sintomas e, quando o fazem, geralmente ocorrem antes dos 3 meses de idade. A hidrocefalia em associação com um defeito Chiari tipo II desenvolve-se em pelo menos 80% dos pacientes com meningomielocele. Não é infrequente que os lactentes com hidrocefalia e Chiari tipo II desenvolvam sintomas de disfunção do rombencéfalo, inclusive dificuldade de alimentação, engasgos, estridor, apneia, paralisia das pregas vocais, acúmulo de secreções e espasticidade dos membros superiores que, se não tratados, podem levar ao óbito. Crianças com meningomielocele tratadas agressivamente apresentam mortalidade de aproximadamente 10-15%, e a maioria dos óbitos ocorre antes dos quatro anos de idade.

RELATO DE CASO: PROJETO ANEMIA-APRENDER BRINCANDO ESF MALAFAIA

Denise Isabel Zandoná e Mirta Pires Chaves

INTRODUÇÃO: A ferropenia é a deficiência nutricional mais comum no mundo. Estima-se que cerca de 2,15 bilhões de pessoas no mundo sejam anêmicas por deficiência de ferro (OMS), tornando este um problema de saúde pública. A prevalência global de anemia em menores de 5 anos é de 47,4%. No Brasil, estudos estimam que as prevalências variam de 30-70%. Segundo dados observados pelo "Projeto criança sem anemia no Rio Grande do Sul" (2005) a anemia está presente em 42,2% das crianças, sendo que o Sul do estado tem uma prevalência em crianças bem maior (68,7%). A falta de conhecimento da população e das pessoas atuantes no sistema de saúde em relação à importância da prevenção da anemia ferropriva no desenvolvimento infantil, torna essa a sua principal causa. OBJETIVO: Descrever a capacitação da equipe e enfatizar a prevenção da anemia através do reconhecimento de uma alimentação saudável e rica em ferro para mães e crianças de 0 a 5 anos de idade. RELATO DO CASO: A capacitação da equipe da estratégia de saúde do referido ESF ocorreu através de: (1) Pré-teste com a pergunta: Quais os alimentos você acredita serem ricos em ferro?; (2) Exercícios de reconhecimento de percentis de peso e altura e seus significados no cartão da criança; (3) Distribuição

e discussão de folder com os seguintes tópicos: efeitos deletérios da anemia na infância, dez passos para alimentação saudável, incentivo ao aleitamento materno e consumo de alimentos ricos em ferro; (4) Apresentação da "Mala da Criança sem Anemia", uma mala que contém em seu interior objetos e brinquedos que fazem referência aos alimentos ricos em ferro e alimentos para uma alimentação saudável. CONCLUSÃO: As atividades realizadas e o manuseio da "Mala da Criança sem Anemia" propiciaram a aprendizagem através da brincadeira. Essa estratégia de intervenção para promoção de saúde infantil, justifica-se por si mesma, por melhorar a qualidade de vida das crianças e suas famílias, através da diminuição da anemia ferropriva. E demonstra a importância do ESF, cumprindo seu papel social na melhoria das condições nutricionais da população, já que o Sul do Rio Grande do Sul é área de alta prevalência de anemia ferropriva.

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ: VARIANTE MOTORA

Franciele Moro Poletto, Daniele Dal Bosco, Evelise Vieira Flores, Marcos Paulo Dozza e César Augusto Lopes Pires

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Guillain-Barré é uma doença imunoinflamatória do sistema nervoso periférico, na qual as desordens motoras predominam sobre as sensoriais. Caracteriza-se por déficit motor progressivo, acompanhado de hipo/arreflexia e dor. Em aproximadamente 85% dos casos essas manifestações são antecedidas por infecções virais, tanto respiratórias quando gastrointestinais. O prognóstico dessa síndrome é bom, sendo que em 80-85% dos casos a recuperação é total ou quase completa em curto prazo. RELATO DE CASO: Paciente feminina, 8 anos, apresentando paraparesia progressiva há 3 dias do atendimento, acompanhada de náuseas, vômitos, cefaleia e mialgia em regiões posteriores das pernas. Não havia história de infecções recentes, inclusive gastrointestinais. Ao exame encontrava-se em regular estado geral, apresentando nervos cranianos preservados, paraparesia hipotônica e arreflexia profunda simétrica. Exames laboratoriais (incluindo líquor) e ressonância magnética nuclear de coluna lombo-sacra sem alterações significativas. Evoluiu com piora motora (tetraparesia flácida). Teste de função pulmonar evidencia capacidade vital de 70% do normal para a idade; eletroneuromiografia evidenciou polineuropatia axonal sem sinais de atividade motora, compatível com a Síndrome de Guillain-Barré (AMAN – acute motor axonal neuropathy). Foi submetida a terapia com imunglobulina, apresentando importante melhora progressiva. DISCUSSÃO: Por se tratar de uma doença imunomediada, a Síndrome de Guillain-Barré (1-2 casos/100.000 habitantes) exige diagnóstico ágil, por meio de achados clínicos, laboratoriais e eletroneuromiográficos, pois pode apresentar rápida evolução desfavorável. Dentre as características, 90% dos pacientes apresentam abolição dos reflexos tendinosos durante os primeiros dias, e a fraqueza muscular atinge grau máximo nas 2 primeiras semanas, quando 20% necessitam de auxílio para caminhar. Ocorre estabilização do quadro em até 4 semanas. A alteração clássica de dissociação proteíno-citológica no líquor pode não estar presente na primeira semana. Destaca-se evolução clínica variável com índice de mortalidade de 1 a 15%.

NUTROLOGIA PEDIÁTRICA

ASPECTOS NUTRICIONAIS EM PACIENTE COM ATRESIA DE ESÔFAGO E SÍNDROME DE DOWN: RELATO DE CASO

Janaína Elsing, Alana Eickhoff, Fátima Cleonice de Souza

INTRODUÇÃO: O baixo peso ao nascer está entre um dos fatores mais relevantes para o prognóstico do recém-nascido com atresia de esôfago (AE). Em 50 a 70% dos casos de atresia de esôfago existe associação de outras anomalias congênitas, como a Síndrome de Down (SD) em 5,5% dos casos. Estes pacientes são vulneráveis ao aparecimento de doenças relacionadas ao estado nutricional. É indispensável o acompanhamento ambulatorial multidisciplinar com o empenho familiar frente a essas condições. OBJETIVOS: Relatar caso de paciente com SD com AE e implicações nutricionais. RELATO DO CASO: Paciente masculino, nascido por parto normal com 34 semanas de idade gestacional, portador de SD, pesando 1.860 gramas, Apgar 8/9. Mãe tabagista, 42 anos, G6P6, admitida no hospital com pré-eclâmpsia. Ao nascer, foi encaminhado à UTI pediátrica com diagnóstico de AE, onde permaneceu por um mês. Foram realizadas esofagostomia e gastrostomia. Atualmente, paciente com 8 meses, pesando 4.200 gramas e comprimento de 55 cm, abaixo do percentil 5 para estatura/idade e peso/idade, pela escala de Cronk. Segundo a mãe, recebeu como orientação da nutricionista uso de NAN 2, de 3/3 horas, mas o ganho ponderal foi insatisfatório. A associação de frequentes obstruções da sonda de gastrostomia com a necessidade de reinternações pelos cuidados exigidos com o coto proximal agravam a dificuldade de ganho de peso. Essas situações fazem com que a presença de um cuidador bem treinado também seja indispensável para o manejo adequado. DISCUSSÃO: Nos pacientes com AE se faz o necessário o acompanhamento frequente e constante, principalmente se existem outras anomalias associadas, como no caso relatado. Dessa forma, alterações metabólicas e nutricionais serão detectadas de maneira precoce, podendo ser corrigidas adequadamente, não comprometendo ainda mais o prognóstico. Atendimento multidisciplinar, suporte nutricional e engajamento da família são condições indispensáveis no manejo destes pacientes.

BAIXO PESO EM CRIANÇAS DE UM CENTRO URBANO AO SUL DO BRASIL

Vanessa Adriana Scheeffer e Cristiano do Amaral de Leon

INTRODUÇÃO: A desnutrição na infância representa um dos maiores problemas enfrentados por sociedades em desenvolvimento, devido a sua elevada frequência e amplo espectro de danos secundários a tal condição. O relatório da UNICEF publicado em 2006 diz que um quarto das crianças do mundo tem peso muito baixo para sua idade. No Brasil, a prevalência de baixo peso para a idade varia entre 1,1 e 11%. Devido à importância do tema, buscou-se avaliar a prevalência de baixo peso para a idade em 183 crianças de 12 a 83 meses de idade, residentes de um bairro emergente de um centro urbano ao sul do Brasil. MÉTODOS: Foi realizada pesquisa de campo, com preenchimento de questionário composto por oito questões relevantes ao tema estudado e pesagem das crianças Os dados foram coletados no período de março de 2010 a março de 2011 e o teste do qui-quadrado foi utilizado para a análise dos dados. RESULTADOS: Foi encontrada uma prevalência de 10,9% de baixo peso na população estudada. Tal prevalência foi maior no sexo feminino do que no masculino, embora não tenha sido encontrada significância estatística. Não foi encontrada significância estatística entre baixo peso e demais variáveis. CONCLUSÃO: A prevalência encontrada neste estudo mostrou-se próxima do limite superior das prevalências encontradas no Brasil. Tal fato demonstra a precariedade das condições econômicas e sociais da população estudada, reforçando a necessidade de um melhor atendimento de puericultura às crianças do bairro estudado.

OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA

A IMPORTÂNCIA DA FISIOTERAPIA NAS DESORDENS VESTIBULARES DA INFÂNCIA

Rodolfo Alex Teles e Bruna Finato Baggio

INTRODUÇÃO: Desordens vestibulares são normalmente ignoradas em crianças e a sua falta de habilidade para descrever adequadamente os sintomas prejudica seu prognóstico. Muitas doenças que causam vertigem no adulto acontecem também em crianças, porém, sua frequência pode ser diferente e varia de acordo com a idade. A introdução dos exercícios como modalidade terapêutica foi idealizada na década de quarenta por Cawthorne [1944] e Cooksey [1946]. Recentemente, os fisioterapeutas vêm tornando-se mais interessados na reabilitação vestibular (RV), atuando e produzindo estudos relevantes sobre o tema. OBJETIVOS: Apresentar aspectos científicos para o tratamento da fisioterapia nas desordens vestibulares na infância. MÉTODOS: Realizou-se uma busca na base de dados Medline e Scielo utilizando os descritores: Vestibular rehabilitation, dizziness, child. Foram incluídos nesta revisão os artigos mais relevantes. RESULTADOS E DISCUSSÃO: A tontura é um sintoma muitas vezes esquecido ou desprezado na anamnese da criança. Essa queixa pode associar-se a várias outras afecções, muitas vezes diferindo daquelas encontradas em adultos. As principais desordens vestibulares na infância são relatadas nos estudos como: infecções virais, migrânea e vertigem paradoxística benigna da infância. A reabilitação vestibular visa seguir as diretrizes traçadas durante a fase do exame otoneurológico e do quadro cinético-funcional. Programas de reabilitação vestibular na infância podem ser efetivos, pois, com base na plasticidade neural, as crianças podem compensar rapidamente e adaptar os déficits vestibulares. As evidências sugerem que a fisioterapia pode reduzir e até mesmo eliminar a vertigem, melhorar o controle viso-motor e melhorar o equilíbrio e coordenação. CONCLUSÃO: Desordens vestibulares na infância ainda são subdiagnosticadas. A reabilitação vestibular é um tratamento eficaz e a interação da equipe multiprofissional é essencial.

PEDIATRIA AMBULATORIAL

ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR DA OSTEOGÊNESE IMPERFEITA: UM RELATO DE CASO

Janaína Elsing, Liciane Maria Reis Guimarães, Jade Barbosa Viana e Pedro Augusto Baptisti Minussi

INTRODUÇÃO: A Osteogênese Imperfeita é uma patologia considerada rara, com prevalência estimada de 1/10.000 a 20.000 nascidos vivos. É uma doença do tecido conjuntivo, resultante de mutações em genes que sintetizam colágeno tipo I, gerando fragilidade óssea e outras anormalidades em tecidos dependentes de colágeno. Como consequência dessa fragilidade, as fraturas ósseas poderão ocorrer em qualquer parte do corpo, sendo mais comum em extremidades. Pode ser classificada em oito apresentações clínicas diferentes, desde leves (OI tipo I) ou moderadas (tipos V-VII), a quadros graves (OI tipos III e IV) ou letais no período perinatal (tipo II). OBJETIVO: Relatar o caso de um menino de 11 anos, portador de Osteogênese Imperfeita, visando o manejo multidisciplinar adequado da doença. MÉTODOS: Revisão retrospectiva e pesquisa bibliográfica do quadro clínico e patológico direcionando para manejo de pacientes portadores de Osteogênese Imperfeita. RESULTADOS: O diagnóstico é feito através de anamnese, destacando-se história familiar, quadro clínico e exames de imagem complementares. Devem ser considerados pacientes com história de múltiplas fraturas aos mínimos traumas e aqueles que apresentam sinais característicos de acordo com os diferentes tipos de classificação. Susceptibilidade ao trauma, baixa estatura, redução de massa óssea, deformidades esqueléticas, dentiogênese imperfeita, escoliose e esclera azulada são os sinais comumente observados. O tratamento deve ser multidisciplinar, incluindo médicos, psicólogos, nutricionistas e fisioterapeutas. O tratamento de suporte inclui acompanhamento ortopédico, atividades físicas de baixo impacto, visando o reforço muscular, e uso de inibidores da reabsorção óssea. CONCLUSÃO: A chegada de um paciente com Osteogênese Imperfeita no serviço de saúde gera ansiedade e insegurança nos profissionais da área, por ela ser rara, de difícil manejo e pouco abordada em nível acadêmico. O principal diagnóstico diferencial se faz com a síndrome da criança espancada e, neste âmbito, o conhecimento de sua fisiopatologia torna-se extremamente necessário, evitando assim consequências de um diagnóstico errôneo para o paciente e sua família.

ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM CRIANÇAS COM DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA

Adriano Detoni Filho e Mariana Nolde Pacheco

INTRODUÇÃO: Leucemia é a denominação dada a um conjunto de cânceres que se originam na medula óssea, onde há um acúmulo de células anormais suprimindo a produção de células normais do sangue. A doença pode se apresentar como aguda ou crônica, dependendo da velocidade e progressão dos sintomas. Em crianças, os tipos de leucemia mais comuns são as leucemias agudas. As terapias mais utilizadas para o tratamento dessa patologia são a quimioterapia e o transplante de medula óssea. O uso de medicamentos quimioterápicos pode resultar em diversos efeitos adversos, entre eles a fadiga, anorexia, náuseas, alopécia, perda de peso e dor. Com isso, o papel da fisioterapia no tratamento da leucemia é prevenir as incapacidades estabelecendo estratégias de autocuidado e melhorando a qualidade de vida dos pacientes acometidos pela doença. OBJETIVO: Revisar a importância da fisioterapia no tratamento da leucemia infantil. MÉTODOS: Consistiu de uma revisão bibliográfica onde foram lidos e analisados 12 artigos buscados diretamente nas bases de dados MEDLINE, LILACS, SciELO e PUBMED a partir do ano 2000. RESULTADOS E DISCUSSÃO: A análise dos artigos permitiu verificar que as crianças com leucemia apresentavam importante redução no movimento de dorsiflexão de tornozelo, fadiga, atrofia muscular e dor. As condutas fisioterapêuticas utilizadas foram exercícios para ganho de amplitude de movimento de dorsiflexão de tornozelo, alongamentos, fortalecimento muscular de membros inferiores e neuroestimulação elétrica transcutânea (TENS). CONSIDERAÇÕES FINAIS: Com os resultados obtidos nesse estudo foi possível concluir que a fisioterapia ajudou no controle da dor, aumentou a força muscular e melhorou a amplitude de movimento em crianças durante o tratamento da leucemia.

AVALIAÇÃO DA ACUIDADE VISUAL EM ALUNOS DE ESCOLA PÚBLICA E PARTICULAR DE CAMPO GRANDE, MS

Paola Mari Nakashima Cano, Dante Orondjian Verardo, Fabiana Orondjian Verardo, Ingridy Valério Normando, Jullyana Mendonça Souza, Laura Chaparro Costa Neves e Nataly Saucedo Perez

INTRODUÇÃO: Observa-se uma escassez de dados estatísticos sobre causas médicas de baixo desempenho escolar no Brasil,

e a deficiência visual faz parte desse cenário. A importância do acompanhamento da acuidade visual (AV) até a idade escolar em crianças com fatores de risco para o baixo desempenho escolar é fundamental. Uma das motivações deste estudo foi a constatação de que poucas crianças nesta faixa etária passaram pelos ambulatórios de oftalmologia, fato este que retarda cada vez mais o diagnóstico de déficits visuais que podem ser a causa das dificuldades de aprendizagem. OBJETIVO: Comparar AV de alunos de escola pública e particular e correlacionar os achados as demais variáveis do estudo. MÉTODOS: Estudo de delineamento transversal, feito em escola pública e particular entre fevereiro e março de 2011. Amostra: 112 alunos de 3º e 4º ano do ensino fundamental da escola pública (48) e da particular (64). Variáveis: consulta oftalmológica prévia (motivo e idade) e acuidade visual (AV). Os dados foram coletados através do preenchimento de questionário padronizado pelo responsável e medida de acuidade visual para longe com utilização da tabela de Snellen. RESULTADOS: Resultados das escolas particular e pública foram, respectivamente: consulta oftalmológica prévia: 39,1% e 20,8%, destes, 40% e 80% foram referenciadas por pediatras; média de idade na 1ª consulta: 5,94 e 5,16; motivo principal da 1ª consulta: cefaleia (60%) em ambos; AV pior que 20/40 em pelo menos 1 dos olhos: 6,3% e 29,16%, destes, já passaram por consulta oftalmológica 75% e 8,3%, e usam óculos 25% e 0%. CONCLUSÃO: Constatou-se menor acessibilidade à consulta oftalmológica nas crianças de escola pública, o que pode justificar o maior índice de alterações da AV neste grupo. Este achado pode ser atribuído à necessidade de encaminhamento para consulta especializada no sistema público de saúde local. O motivo mais relatado para 1ª consulta, em ambos os grupos, provavelmente por se tratar de uma queixa universal e comumente atribuída a alterações oculares, foi a cefaleia. A idade média na primeira consulta foi semelhante entre os 2 grupos.

ENURESE E DISFUNÇÃO MICCIONAL: ESTÃO RELACIONADAS?

Denise Marques Mota, Elaine Albernaz, Lais Marques Mota e Cristina Kaufmann

INTRODUÇÃO: Enurese é a perda involuntária de urina à noite, na ausência de doença orgânica, numa idade em que seria esperado que a criança se mantivesse seca (após os cinco anos). É um transtorno significativo para crianças e adolescentes, impondo restrições às atividades de rotina e vergonha pela condição de enurético. A disfunção miccional é um padrão miccional anormal para a idade da criança, não sendo usualmente reconhecida antes da aquisição do controle urinário noturno. OBJETIVO: Determinar a prevalência de enurese e de disfunção miccional em uma coorte de crianças. MÉTODOS: Estudo de coorte que incluiu a triagem hospitalar de todos os nascimentos ocorridos na cidade de Pelotas de setembro de 2002 a maio de 2003 e acompanhou uma amostra aleatória de 30% destes. Esta análise foi realizada com a visita de 2010, quando as crianças tinham entre sete e oito anos de idade. Para avaliação de disfunção miccional, foi utilizado o escore de disfunção miccional de Farhat, que utiliza como ponto de corte para disfunção valores > 6 nas meninas e > 9 nos meninos. RESULTADOS: Foram avaliadas 578 crianças sendo 48,3% meninas. A prevalência de enurese foi 8,4%, sendo 10,1% nos meninos e 6,6% nas meninas; 81,6% urina na cama duas ou mais vezes durante a noite; 25% todas as noites, 12,5% quatro a cinco vezes por semana e 62,5% menos de quatro vezes na semana; 87,5% molham a roupa e os lençóis; apenas 3,2% acha que a enurese interfere na vida familiar ou social da criança. A disfunção miccional apresentou prevalência de 12,7%, sendo 5,9% nos meninos e 20,0% nas meninas (p<0,001) e foi mais frequente entre as crianças que tinham enurese (37,0%) do que entre as que não tinham (10,4%) (p<0,001). A frequência dos sintomas miccionais entre os enuréticos e não enuréticos foi: número de micções menor que três vezes ao dia 4,4% x 3,5% e mais de oito vezes ao dia 15,2% x 5,3% (p=0,02), incontinência urinária 29,2% x 5,5% (<0,001), manobras de contenção 60,4% x 37% (p=0,001), urgência miccional 79,2% x 62,3% (p<0,001), urge-incontinência 29,2% x 5,0% (p<0,001). CONCLUSÕES: A enurese é uma patologia frequente na infância e as crianças apresentam maior prevalência de sintomas miccionais diurnos associados, que devem ser investigados para o adequado tratamento. As famílias não reconhecem muitas vezes a enurese como um problema, não buscando ajuda. A disfunção miccional deve ser tratada concomitantemente e, muitas vezes, pode resolver a enurese.

HÁBITOS INTESTINAIS NA INFÂNCIA

Denise Marques Mota, Aluisio Jardim Dornelas de Barros, Ina Santos e Alicia Matijasevich

INTRODUÇÃO: A constipação é uma queixa frequente nas consultas pediátricas de rotina e é responsável por mais de 20% das consultas ambulatoriais na especialidade de gastrenterologia pediátrica [1, 2]. A etiologia da constipação é multifatorial e há divergências em relação ao seu curso clínico [3]. OBJETIVOS: Descrever a prevalência de constipação, características das fezes e sua relação com treinamento esfincteriano e introdução do leite de vaca nos primeiros quatro anos de vida. MÉTODOS: 4.231 crianças nascidas no ano de 2004 em Pelotas foram incluídas em um estudo longitudinal. Aos 12, 24 e 48 meses, as mães responderam a um questionário domiciliar com questões sociodemográficas, características dos hábitos intestinais, treinamento esfincteriano e idade de introdução de leite de vaca, entre outros tópicos. Para a definição de constipação funcional foi utilizado o critério de Rome II modificado: presença de dois ou mais dos seguintes sintomas: fezes duras, fezes em cíbalos, evacuações com sangramento, dificuldade em evacuar, intervalos maiores que 72 horas entre uma evacuação e a seguinte e uso de laxantes nos últimos 30 dias. RESULTADOS: Prevalência de constipação aos 24 meses foi 27,3%, 31% aos 48 meses (predominando nas meninas aos 48 meses (34,4% x 27,4%; p<0,001) e 13,6% aos 24 e aos 48 meses. As características mais frequentes aos 24 e 48 meses são fezes duras (17,8% e 34,1%), em cíbalos (47,7% e 41%) e dificuldade em evacuar (24,3% e 23,1%). Treinamento esfincteriano antes dos 24 meses esteve associado com constipação aos 24 meses e persistência até os 48 meses. Aos 24 meses, 48,3% das crianças apresentavam recusa em utilizar o vaso sanitário (ou penico) e 2,9% aos 48 meses. Crianças que não receberam leite de vaca no primeiro ano de idade apresentaram prevalência de constipação de 22% aos 24 meses, 22,6% aos 48 meses e 8,3% aos 24 e 48 meses; as prevalências nas crianças que iniciaram leite de vaca antes de 30 dias de vida foram 28,2%, 33% e 12,4%, respectivamente. CONCLUSÃO: A prevalência de constipação aumenta com a idade e necessita busca ativa de sintomas para seu adequado diagnóstico. O treinamento esfincteriano antes dos 24 meses e a introdução de leite de vaca antes de 1 ano de idade esteve associado à constipação aos 24 meses e à sua persistência até os 48 meses. A orientação em relação ao aleitamento materno e treinamento esfincteriano deve ser fornecida nas consultas de rotina.

HIPERTENSÃO ARTERIAL E OBESIDADE: ESTÃO ASSOCIADAS?

Denise Marques Mota, Manoela Finkler, Lais Marques Mota, Alice João Marques, Clarisse Magalhães e Angeline Paulsen Rodrigues

INTRODUÇÃO: A hipertensão arterial é uma doença crônica, silenciosa e assintomática. Estudos demonstram presença de lesões em órgãos de crianças e adultos jovens hipertensos, como hipertrofia ventricular esquerda e proteinúria. Crianças hipertensas apresentam riscos 3-6 vezes maiores de terem dores de cabeça, dificuldades no sono, fadiga, dor no peito e dor abdominal. A prevalência de hipertensão arterial essencial nas crianças tem aumentado na última década, coincidindo com a epidemia da obesidade. OBJETIVO: Traçar o perfil da pressão arterial (PA) das crianças que consultam num ambulatório de pediatria e relacionar com estado nutricional. MÉTODOS: Estudo transversal, com os atendimentos ambulatoriais de março a julho de 2010. Foram avaliados 658 pacientes entre 3 e 17 anos. Percentis de pressão arterial foram obtidos de acordo com a idade, sexo e altura (diretrizes de 2006): pré-hipertensos valores de percentil entre 90 e 95; hipertensão estágio 1 valores entre 95 e 99 + 5mmHg e acima destes valores hipertensão estágio 2. O estado nutricional foi avaliado segundo critérios da OMS: obesidade com percentil do IMC acima de 97, sobrepeso entre 85 e 97 e adequado abaixo do 85. RESULTADOS: 42,9% das crianças eram do sexo feminino, 69,8% brancas, idades entre 3 e 5 anos (6,7%), 6 a 8 anos (28,9%), 9 a 11 anos (35,6%), 12 a 14 anos (23,1%) e 15 a 17 anos (5,8%). Em relação ao estado nutricional 11,6% foram classificados como sobrepeso e 31,3% como obesos. Em relação aos níveis tensionais sistólicos, 13,2% apresentavam pré-hipertensão, 10,3% hipertensão estágio 1 e 2,7% estágio 2; níveis tensionais diastólicos de 14,1%, 13,8% e 3% respectivamente. O estado nutricional apresentou relação direta com os níveis tensionais elevados, sendo 31,1%, 22% e 14,7 % nas crianças obesas, com sobrepeso e com peso adequado, respectivamente (p=0,005). Os níveis tensionais elevados apresentaram uma relação inversa com a idade (p=0,007) com 27,3% (3-5 anos), 24,7% (6-8 anos), 25,6% (9-11 anos), 16,5% (12-14 anos) e 7,9% (15-17 anos). Os meninos apresentaram menores prevalências de hipertensão em relação às meninas (19,4% x 26,2%, p=0,037). CONCLUSÕES: A obesidade deve ser tratada como uma doença e suas morbidades avaliadas precocemente na infância. A detecção da pressão arterial nas consultas de rotina pode ser um fator de prevenção de doenças cardiovasculares, pois, uma vez detectada, podemos instituir medidas para evitar as lesões em órgãos-alvo antes de estabelecidas.

PREVALÊNCIA DE ANEMIA NO SEGUIMENTO DE PRÉ-TERMOS DE MUITO BAIXO PESO

Claudia Ferri, Mariana Rangel Ribeiro, Luciana Alonzo Heidemann, Renato S. Procianoy e Rita de Cassia Silveira

INTRODUÇÃO: Pré-termos apresentam maior risco para anemia no primeiro ano de vida, pois os estoques fetais de ferro ocorrem principalmente a partir de 32 semanas de gestação. A prevalência de anemia em prematuros durante a infância pode variar de 26,9% a 85%. No entanto, a ocorrência e os efeitos da anemia no seguimento do pré-termo são pouco descritos. OBJETIVOS: Avaliar a presença de anemia e da deficiência de ferro e seus fatores perinatais em prematuros com um ano de idade corrigida. MÉTODOS: Estudo transversal incluiu pré-termos com peso de nascimento entre 505 e 1.500 gramas, e idade gestacional menor que 32 semanas, acompanhados no Ambulatório de Seguimento de um hospital terciário, entre janeiro de 2004 a março de 2010. Foram avaliados o uso de EPO, transfusões na internação, idade gestacional, peso do nascimento e gênero; hemograma e ferritina com um ano de idade corrigida. Na análise estatística foram empregados os testes de qui-quadrado, Mann-Whithney, teste T e coeficiente de correlação de Pearson. O programa estatístico foi o SPSS versão 18.0. Estudo aprovado pelo CEP da instituição. RESULTADOS: 320 crianças preencheram critérios de inclusão. A prevalência de anemia foi de 36,8% e da deficiência de ferro foi de 34,3%, sendo que houve uma prevalência de 23,4% de deficiência de ferro entre as crianças sem anemia. A média da hemoglobina foi de 11,6 ±1,29 g/dl, a média da idade gestacional foi de 30,46 ±2,18 sem. A média de peso deste grupo foi de 1186,31±228,49g. Dentre as 60 crianças com anemia, 51,6% necessitaram de transfusões no período neonatal, e naquelas 163 sem anemia, 43,5% necessitaram transfusões no período neonatal. Dentre todos os demais fatores perinatais, somente a idade gestacional foi estatisticamente significativa para a presença de anemia no seguimento com 1 ano de IC (p= 0,035). O uso de EPO não foi significativo. CONCLUSÃO: A prevalência de anemia nesta coorte de pré-termos, a avaliados com 1 ano de idade corrigida, encontra-se quartil inferior do descrito na literatura. Transfusões de concentrado de hemácias e o uso da EPO no período neonatal não modificaram a presença de anemia com um ano de idade. A imaturidade, mesmo para pré-termos de muito baixo peso, permanece sendo o fato mais relevante na ocorrência de anemia no primeiro ano.

PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM ESCOLARES DE 7 A 14 ANOS QUE FREQUENTAM ESCOLAS MUNICIPAIS DE HERVAL D'OESTE, SC

Michele Lopes Igansi, Lucas Faccio Della Latta, Karine Conte; Patricia Petry, Cristiane Pagliarini e Jossana Maria

INTRODUÇÃO: Ao acompanhar as mudanças nos hábitos socioambientais e culturais que vêm ocorrendo, as doenças cardiovasculares tornaram-se a principal causa de óbito no adulto e, por isso, a necessidade da obtenção das causas que estão levando a esse quadro, com o intuito de iniciar precocemente a prevenção dos fatores de risco através da intervenção nas políticas de saúde baseadas nos principais focos de prevalência. Dessa maneira, o presente estudo avaliou a prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV), tais como a obesidade, a hipertensão arterial, o sedentarismo e o tabagismo, que podem ser prevenidos, muitas vezes, com simples mudanças nos hábitos de vida. MÉTODOS: Correlacionaram-se as variáveis estudadas nos escolares de 7 a 14 anos que frequentam escolas municipais do Município de Herval D'Oeste, Santa Catarina. Para tal, realizou-se um estudo transversal, de base populacional, de natureza clínica no período de agosto a novembro do ano de 2010 em escolares na faixa etária acima citada. Os escolares foram submetidos a um questionário sobre determinados fatores de risco, além da verificação da pressão arterial, peso e altura. RESULTADOS: Dos 500 alunos estudados, a prevalência de hipertensão arterial foi de 5,8%, de obesidade 7,8% e de sedentarismo 20,2%. Nenhum aluno relatou fumar habitualmente e 2,6% referiram fumar esporadicamente. Os resultados deste estudo revelaram prevalências elevadas de excesso de peso, de medidas hipertensivas e de sedentarismo nos escolares avaliados. Além disso, a pressão arterial elevada predominou entre os escolares com excesso de peso em ambos os sexos. Posteriormente à coleta e análise dos dados de cada indivíduo, foi encaminhada uma carta a todos os pais e/ou responsáveis com algumas informações colhidas e orientações sobre a necessidade ou não de procurar auxílio médico para investigação das devidas alterações. Além disso, foram sugeridas medidas intervencionistas baseadas nos focos prevalentes no município. CONCLUSÃO: Portanto, o estudo teve por objetivo determinar a prevalência e orientar a prevenção de determinados fatores de risco para doenças cardiovasculares, para que, quando adultos, a taxa de morbimortalidade por elas seja menor da que é apresentada atualmente.

SÍNDROME METABÓLICA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Denise Marques Mota, Lais Marques Mota, Alice João Marques, Manoela Finkler, Luana Correa de Andrade, Bruna de Matos Bauer, Clarisse Magalhães e Angeline Paulsen Rodrigues

INTRODUÇÃO: A obesidade é uma doença crônica, complexa, de etiologia multifatorial cujo desenvolvimento sofre influência de fatores genéticos, ambientais e comportamentais. Sua prevalência vem aumentando nos últimos anos em todos os países e está relacionada com morbidades: obesidade visceral, resistência insulínica, hipertensão e dislipidemia, fatores que, somados, constituem a Síndrome Metabólica (1). OBJETIVOS: Determinar a prevalência de síndrome metabólica por sexo e idade nas crianças obesas do ambulatório da Faculdade de Medicina da UFPEL. MÉTODOS: Estudo transversal, realizado no ambulatório de pediatria da UFPEL com crianças maiores de cinco anos que consultaram no ano de 2010 e que foram classificadas como obesas. Foi realizada uma avaliação laboratorial para detectar a presença de síndrome metabólica, mas, para esta análise, apenas 149 crianças estavam com os resultados completos. Síndrome metabólica foi definida de acordo com os critérios de Cook (2), com a presença de pelo menos três dos cinco critérios: circunferência abdominal > percentil 90 (3), glicemia de jejum > 110mg/dl, triglicerídeos > 110mg/dl, HDL < 40mg/dl e Pressão arterial > percentil 90. RESULTADOS: Foram avaliadas 308 crianças, com 49% de meninos, idades em anos completos: 14,9% (5-6), 33,1% (7-9), 39,9% (10-13) e 12% (14-16). A prevalência de níveis pressóricos sistólicos e/ou diastólicos acima do percentil 90 foi de 45,1% e 39,1% respectivamente, com predomínio nas idades de 7 a 13 anos; circunferência abdominal acima do percentil 90 em 87,4%, triglicerídeos > 110mg/dl de 36,4% e HDL < 40mg/dl 39,5% (sem diferença entre os sexos). História familiar de hipertensão foi de 73,5% (pais ou avós) e obesidade em ambos os pais 16,6%, mãe 20,8% e pai 14,3%. Síndrome metabólica foi avaliada em 129 crianças que tinham todos os parâmetros coletados, apresentando uma prevalência de 23,3%, com predomínio nas idades de 10 a 16 anos. A mediana dos valores laboratoriais foi: triglicerídeos 94mg/dl, glicemia 79mg/dl, HDL 43mg/dl. Em relação ao tempo de tela, a mediana foi 3 horas/dia para televisão e 2 horas/dia para videogame. CONCLUSÕES: A síndrome metabólica foi frequente nas crianças obesas, assim como a prevalência de hipertensão, devendo ser investigada para identificar crianças e adolescentes que estão em risco de tornarem-se obesos na vida adulta com as consequentes morbidades. A obesidade deve ser investigada e tratada como uma doença, prevenindo problemas futuros.

IMPORTÂNCIA DA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL EM UMA COORTE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

José V C Spolidoro, Jefferson Piva, Manuel L Pitrez, Luiz T R Vargas, João Carlos Santana, Eduardo Pitrez, Neide Bruscato, Cecilia Korb e Greice Birck

OBJETIVO: Determinar a importância do acompanhamento da medida de circunferência abdominal (CA) em crianças e adolescentes como marcador precoce de sobrepeso; síndrome metabólica (SM) e alterações cardiovasculares em adulto jovens. MÉTODOS: Estudo de coorte com 159 indivíduos (feminino 51;6%) em 1999 com idade média 13,2anos. Foram realizadas 3 avaliações: 1999; 2006 e 2008. Peso, altura e CA coletado nas 3 avaliações. Em 2006, coletados também exames laboratoriais para diagnóstico de SM. Em 2008, pressão arterial (PA); ultrassom de carótidas para medir a espessura da camada médio-intimal das artérias carotídeas (EmiC) e tomografia abdominal (TCA) para quantificar depósitos de gordura. RESULTADOS: A CA medida enquanto criança ou adolescente correlacionou-se fortemente com o índice de massa corporal (IMC) medido simultaneamente e estabeleceu uma forte correlação com as medidas de circunferência abdominal como adulto jovem; assim como com a evolução do IMC. A CA correlacionou-se fortemente com os depósitos de gordura em TCA; sendo que a CA em 1999 expressou melhor a gordura externa (AGE), enquanto a CA quando adulto jovem expressou forte correlação tanto com gordura interna (AGI) quanto AGE. A correlação da CA com os depósitos de gordura foi mais forte no sexo feminino. A PA elevada como adulto jovem ocorreu significativamente mais naqueles que em 1999 tinham CA e IMC acima do ponto de corte de risco cardiovascular. A EmiC não correlacionou com CA e IMC elevados. A CA e não o IMC em 1999 foi significativamente maior no grupo que evoluiu para SM indicando que pode ser usado como parâmetro para discriminar aqueles que necessitam intervenção para prevenir a evolução para esta grave doença e suas consequências na vida adulta. CONCLUSÕES: A CA em crianças e adolescentes foi útil na triagem de pacientes para SM e risco de hipertensão. CA expressou os acúmulos de gordura abdominal, principalmente gordura subcutânea.

PEDIATRIA DO DESENVOLVIMENTO E COMPORTAMENTO

ANEUPLOIDIA DOS CROMOSSOMOS SEXUAIS ASSOCIADA A RETARDO MENTAL

Régis Augusto Reis Trindade, Fábio Bonalume, Rafael Simon Ribeiro Townsend, Marilice Magroski Gomes da Costa, Simone de Menezes Karam e Milene Pinto Costa

INTRODUÇÃO: O cariótipo 49 XXXXY é uma desordem dos cromossomos sexuais rara expressa clinicamente como retardo mental grave, hipogenitalismo e alterações esqueléticas, crescimento lento e desordens do comportamento. A incidência desta aneuploidia é estimada em 1 em 85.000 nascidos do sexo masculino. Foi originalmente descrita por Fraccaro em 1960. Apesar de ser usualmente considerada como uma variante da Síndrome de Klinefelter, mostra um distinto fenótipo e características clínicas mais graves. A expectativa de vida é normal. OBJETIVOS: Relatar o caso de um menino com cariótipo XXXXY em seguimento nos Ambulatórios de Genética e de Egressos da UTI Neonatal do Hospital Universitário (HU) de Rio Grande, RS. MÉTODOS: Estudo baseado na revisão de prontuário médico e literatura médica na base de dados do PubMed. RESULTADOS: D.A.C., 3 anos, masculino, admitido na UTI Neonatal do HU por Retardo do Crescimento Intrauterino (RCIU), baixo peso ao nascer e infecção perinatal. Nasceu por parto cesárea com 35 semanas e 5 dias, APGAR 2 no 1º minuto e 7 no 5º minuto e 1.300 g. Mãe com 41 anos, primigesta, com 7 consultas de pré-natal, sorologias na gestação negativas. Hipertensa prévia, fez uso de Captopril até 14 semanas de gestação e, após, Metildopa. Ao exame físico: micrognatia e laringomalácia, confirmada por laringoscopia, genitália masculina normal. Encaminhado ao geneticista por RCIU e laringomalácia. Apresentava também pescoço curto, epicanto bilateral, hipertelorismo, fendas labiais para baixo, clinodactilia do 5º dedo bilateral, assimetria de face e tórax, PITS pré-auriculares e retardo do desenvolvimento neuropsicomotor. Realizado avaliação cardiológica devido a sopro protossistólico, sendo o ECG e Ecocardiograma normais. Permaneceu internado na UTI Neonatal por 44 dias e 18 dias na Unidade Intermediária para ganho de peso. Foi realizado cariótipo GTG evidenciando pentassomia dos cromossomos sexuais: 49 XXXXY em todas as células analisadas. Atualmente com 3 anos, consegue falar algumas

palavras, possui atraso em caminhar, levanta sozinho e caminha com apoio. Além do acompanhamento já mencionado, está em fonoterapia, fisioterapia e frequenta a APAE. CONCLUSÕES: Após descrever o caso de uma criança com Síndrome XXXXY no contexto da investigação de uma laringomalácia, o paciente mostrou-se com bons prognóstico e expectativa de vida. O prognóstico destas crianças depende da gravidade da doença e necessita de uma abordagem multidisciplinar.

BENEFÍCIO DO CONSUMO DE ÔMEGA-3 E ÔMEGA-6 EM CRIANÇAS

Karen Miotto, Silvana Moura, Daiana Paz, Gabriela Grossi e Grasiele Mello

INTRODUÇÃO: Os ácidos graxos poli-insaturados são nutrientes essenciais para o ser humano. São considerados essenciais, pois não podem ser sintetizados pelo corpo e devem ser consumidos sob a forma de gorduras. A ingestão, tanto de ômega-3 quanto ômega-6, auxilia na diminuição dos níveis de triglicerídeos e colesterol LDL, no aumento de colesterol HDL e no combate do excesso de glicose no sangue. Possui ainda importante papel em alergias e processos inflamatórios. Podemos encontrá-lo nas nozes, castanhas, peixes (especialmente de águas frias), rúcula e nos óleos vegetais, como: azeite, canola, soja, milho, entre outros. Pode ser consumido e é necessário a todos os indivíduos. Deve estar presente na alimentação diária, especialmente nas crianças, que se encontram numa importante fase de desenvolvimento. OBJETIVO: Avaliar o benefício do consumo de ômega-3 e ômega-6 em crianças. MÉTODOS: Revisão de literatura com base no banco de dados do Medline e PubMed. RESULTADOS: O organismo humano não consegue sintetizar quantidades suficientes de ômega -3 e ômega -6. Dessa forma, é importante fazê-lo através da ingestão de alimentos ou suplementos vitamínicos. Mulheres que tomam suplementos de óleo de peixe durante a gravidez têm crianças com melhor coordenação motora e desenvolvimento mental. Estudos demonstraram efeito benéfico em crianças que consomem uma ou ambas as gorduras, onde se verificou diminuição do nível de gordura no sangue, melhora na capacidade visual, desenvolvimento cognitivo e na proteção dos ossos, já que diminuem a quantidade de osso que é reabsorvido. Verificou-se também que o consumo regular de alimentos ricos em ômega-3 melhora a capacidade de aprendizagem das crianças. Uma alimentação rica em tais suplementos aumenta o numero de glóbulos vermelhos. Assim, estudos comprovam que o nível de atenção das crianças aumenta consideravelmente quando sujeitos a uma dieta rica em ômega-3 e ômega-6, facilitando seu desenvolvimento intelectual. Notou-se também que crianças que ingerem tais alimentos tiveram menos problemas emocionais e distúrbios do sono. Cientistas do Imperial College descobriram que dois comprimidos ao dia, durante três meses, ajudaram o cérebro de um grupo de crianças a evoluir o equivalente a três anos, sendo constatadas melhoras na capacidade de leitura e atenção. CONCLUSÃO: A ingestão diária de ômega-3 mostrou-se benéfica para crianças de todas faixas etárias, principalmente quando o consumo é associado ao consumo de ômega-6.

IMPACTO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA DESNUTRIÇÃO INFANTIL

Gabriela Grossi, Grasiele Mello, Karen Miotto, Silvana Moura, Daiana Paz e Bárbara Bastos

INTRODUÇÃO: Em países em desenvolvimento, a desnutrição aparece como a segunda causa maior de morte em crianças menores de 5 anos. A classificação de desnutrição mais utilizada em nosso país é a da OMS, aplicada em crianças menores de 5 anos baseadas no z- escore. A principal causa de desnutrição baseia-se em baixa ingestão energético proteico. Esse problema está intimamente ligado à pobreza e afeta milhares de famílias brasileiras de baixa renda. Por esta razão, a desnutrição passa a ser vista como um problema social e não puramente de saúde pública. O Programa Bolsa Família foi lançado em outubro de 2003, são feitas transferências monetárias às famílias pobres que assumem o compromisso de investir na nutrição, na saúde e na educação de suas crianças e nos demais. OBJETIVOS: Demonstrar a importância do programa Bolsa Família na redução da desnutrição infantil. MÉTODOS: Estudo descritivo realizado a partir de análise dos dados sobre prevalência de crianças desnutridas beneficiadas pelo PBF no estado do Rio Grande do Sul durante os meses de dez/2006, jun/2007, dez/2007, jun/2008 e dez/2008 contidas na base de dados do site do SUS - DATASUS. A idade da população estudada era de 0 a 9 anos com baixo peso para altura, encontrando-se abaixo de p 3. RESULTADOS: O número absoluto de crianças ajudadas pelo PBF no período estudado foi de 15.637 (100%). A prevalência maior evidenciada foi na faixa etária de 1 a 4 anos (56,4%). A segunda maior foi 5 a 9 anos (41,7%). A menor percentagem encontrada foi de 1,8%, em crianças menores de um ano. A baixa renda está ligada não somente à dificuldade de acesso a alimentos, mas também à falta de higiene, habitação, saneamento e acesso aos serviços de saúde. A ingestão de água contaminada está relacionada diretamente a casos de diarreia em crianças. Esse hábito, juntamente com a moradia precária e péssimos hábitos de higiene, garantem à criança uma maior propensão a doenças infecto-contagiosas, as quais são fatores de risco para a desnutrição. A partir da implantação do programa Bolsa Família, constamos uma melhora na renda per capita das famílias, obtendo, assim, um declínio precioso nos casos de desnutrição das crianças brasileiras. CONCLUSÃO: Desta forma, a desnutrição é um problema de origem multifatorial e tem suas raízes na pobreza. Para reduzir a prevalência da desnutrição infantil é requerida ação focalizada e sistemática governamental não apenas na área de saúde, e isso foi possibilitado a partir da criação do PBF.

PROJETO SÓ RISO

Cezar Guilherme Raymundo Tabach, Márcio Torikachvili, Luciana Hoffmann Miranda, Rafaela Hoffmann Miranda, Raquel de Freitas Jotz, Wilson Ribeiro Casanova Neto, Juliano Peixoto Bastos, Marcel Catelan, Íris Oriques Pacheco, Andreza Mariane de Azeredo e Rodrigo Moraes Ruschel

INTRODUÇÃO: Implantado no ano de 2010 no Hospital Universitário (HU) da Universidade Luterana do Brasil em Canoas-RS, o projeto "Só Riso" é composto por acadêmicos de Medicina que personificam palhaços e promovem momentos lúdicos às alas de pediatria e de UTI pediátrica. OBJETIVOS: Modificação da dinâmica hospitalar com ênfase na promoção do bem-estar enquanto em período de hospitalização, visando promover conforto emocional. MATERIAL E MÉTODOS: A equipe é dividida em cinco grupos que atuam de segunda a sexta-feira das 16 às 18h no HU. São visitadas todas as crianças internadas no andar pediátrico que desejam receber os "doutores besteirologistas" em seus quartos. RESULTADOS: O contraponto criado entre a tensão hospitalar e o bem-estar no hospital gerou, acima de tudo, a satisfação dos pacientes e dos seus familiares, com relatos positivos frente à atenção especial e diferencial recebida durante o período de internação. CONCLUSÃO: Apesar do seu pouco tempo de atuação, o Projeto vem modificando a rotina hospitalar e vem consolidando-se como uma ferramenta essencial na promoção da saúde dos pacientes e familiares.

SÍNDROME XYY: RELATO DE CASO

Fátima Cleonice de Souza, Marjana Piana e Claus D. Dummer

INTRODUÇÃO: A síndrome XYY pode ser definida como uma aneuploidia de cromossomos sexuais, na qual o indivíduo recebe um cromossomo Y extra, apresentando cariótipo 47, XYY. Acredita-se que a incidência desta anomalia seja de 1 para cada 1.000 nativivos do sexo masculino. Entretanto, é encontrada em 2 a 3% dos homens que estão em instituições em virtude da dificuldade de aprendizagem ou comportamento antissocial criminoso. RELATO DE CASO: Apresentamos o relato de caso de um menino de 12 anos com atraso no aprendizado e na fala, assim como distúrbios no comportamento, sendo agressivo com os colegas na escola e com os familiares. Desde os 7 anos iniciou tratamento com fonoaudiólogo, psicólogo, neuropediatra e pedagogo. Sempre foi uma criança exigente, imatura emocionalmente, com prejuízo no raciocínio e pensamento lógico. Fez uso de metilfenidato e risperidona, mas, mesmo assim, repetiu por três vezes a 1ª série. Mantinha impulsividade e recusa na realização das tarefas escolares. Em relação ao desenvolvimento somático, encontra-se acima do percentil 75, conforme curva de estatura/idade do Centers for Disease Control and Prevention (CDC/2000) 7, tendo previsão de chegar a 182 cm aos 18 anos. Considerando que suas irmãs nunca tiveram dificuldades na escola e nos relacionamentos, foi indicada avaliação com geneticista, sendo solicitado estudo citogenético que teve como resultado cariótipo masculino, com 47 cromossomas e com complemento de cromossomos sexuais XYY. Clinicamente, os neonatos com tal trissomia não apresentam alterações fenotípicas aberrantes, podendo apenas haver malformações como clinodactilia, hérnia inguinal e pectus carinatum. Além disso, sinais como atraso na fala, leve déficit de aprendizagem, aumento da velocidade de crescimento durante a primeira infância, imaturidade emocional e alterações comportamentais devem ser investigados para tal cromossomopatia.

PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA

BRONQUIOLITE AGUDA: EVOLUÇÃO CLÍNICA EM PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO AMAZONAS

Brena Silva dos Santos, Carolina Vertemati Cavalieri, Silvana Gomes Benzecry, Aline Cristiane Corte de Alencar, Kelly Cristina Carim da Costa, Renata Ribeiro Malheiros e Fabio Bolzan Camargo

INTRODUÇÃO: A bronquiolite é uma inflamação das pequenas vias aéreas (bronquíolos) do trato respiratório inferior, geralmente de etiologia viral, que acomete crianças menores de 2 anos. Caracteriza-se por obstrução das vias aéreas e chiado. É uma importante causa de morbidade e hospitalização de lactentes. Aproximadamente 80% dos casos de BVA ocorrem durante o primeiro ano de vida, com um pico de incidência entre os 2 e os 6 meses de idade. A grande maioria das crianças com bronquiolite podem ser tratadas no domicílio, com apenas 1 a 3% necessitando de hospitalização, em que os fatores de riscos são: idade inferior a 12 semanas, antecedentes de prematuridade, doença cardiopulmonar ou imunodeficiência. OBJETIVO: Descrever as principais características clínicas dos pacientes internados no Instituto da Criança do Amazonas (ICAM) no período de Set/2010 a Mar/2011 com o diagnóstico de Bronquiolite Aguda. MÉTODOS: Trata-se de um estudo observacional prospectivo em que foram estudados pacientes com diagnóstico de Bronquiolite Aguda internados no ICAM no período de Set/2010 a Mar/2011, de ambos os sexos e com idade inferior a 12 meses, excluindo-se aqueles com outras patologias associadas e os indígenas, aqueles que os pais não assinarem o TCLE e com prontuários incompletos. A coleta de dados será por meio de questionário que inclui anamnese e exame físico. Usamos como critério para baixo peso o Z-score < -1. Os dados serão apresentados de forma descritiva. RESULTADOS: Foram selecionados 41 pacientes, entretanto, 14 pacientes foram excluídos de acordo com os critérios de exclusão. O total de pacientes incluídos na pesquisa foi 27, dos quais 59% são do sexo masculino e 41% do sexo feminino. A média de idade foi de 4,3 meses. A frequência das principais manifestações prévias foi: falta de ar (18%), chiado (13%), obstrução nasal (13%), coriza (13%), tosse com catarro (12%), febre (9%), tosse seca (9%), vômitos após tosse (5%), diarreia (6%) e lábios roxos (2%). Identificamos que 11,1% dos pacientes estavam com z escore menor que -1. Nenhum paciente necessitou utilização de oxigênio, UTI, uso de ventilação mecânica e suspensão da dieta. CONCLUSÃO: Esses resultados são semelhantes aos verificados previamente em pesquisas realizadas em outras regiões do país.

PERFIL ETIOLÓGICO VIRAL NA DOENÇA OBSTRUTIVA DO TRATO RESPIRATÓRIO INFERIOR E FATORES ASSOCIADOS À RECORRÊNCIA DA SIBILÂNCIA

Carolina Valduga Bohrer, Sérgio Amantéa, Magali Lumertz e Adriana Becker

OBJETIVOS: Determinar a prevalência da etiologia infecciosa em lactantes admitidos em serviço de emergência pediátrica com quadro clínico presuntivo de doença obstrutiva do trato respiratório inferior e avaliar fatores de risco associados à recorrência da sibilância. MÉTODOS: Estudo transversal com coorte histórica alinhada, onde foram analisados 386 prontuários de lactentes menores de 2 anos admitidos na Sala de Observação Pediátrica do Hospital da Criança Santo Antônio, durante o período de maio de 2007 a julho de 2008 e com diagnóstico clínico de infecção respiratória associada à sibilância. PCR (reação em cadeia da polimerase) em tempo real foi a técnica realizada para o diagnóstico etiológico viral. Os testes de Mann-Whitney e qui-quadrado de Pearson foram utilizados para comparar as variáveis em questão. Para controlar fatores de confusão, a análise de Regressão Logística multivariada foi aplicada. RESULTADOS: Dos 386 pacientes analisados, 53,3% tiveram diagnóstico de Bronquiolite Viral Aguda (BVA) e 46,6% eram Lactentes Sibilantes (LS). Os pacientes LS são mais velhos comparados com os pacientes com diagnóstico de BVA (mediana, 3 versus 5). O agente etiológico mais prevalente é o Vírus Sincicial respiratório (VSR) em ambos os grupos. A presença de Rinovírus e Influenza A, entretanto, constituem- se como fatores de risco para a ocorrência de sibilância de repetição ($p < 0.05$). O aleitamento materno, somente, foi considerado fator de proteção (odds ratio, 0.53%; intervalo de confiança de 95%, 0.35-0.93). CONCLUSÃO: Considerando as duas principais formas de apresentação do processo obstrutivo na faixa etária: BVA e LS, existem diferenças no perfil das etiologias envolvidas. A presença de Rinovírus e Influenza A se constituem como fatores de risco para a ocorrência de sibilância de repetição. O aleitamento materno confere um fator de proteção.

USO DE CORTICOIDE NO TRATAMENTO DE BRONQUIOLITE AGUDA: AINDA UMA PRÁTICA FREQUENTE

Brena Silva dos Santos, Silvana Gomes Benzecry, Carolina Vertemati Cavalieri, Aline Cristiane Corte de Alencar, Kelly Cristina Carim da Costa e Renata Ribeiro Malheiros

INTRODUÇÃO: A bronquiolite é uma doença do trato respiratório inferior que ocorre comumente no primeiro ano de vida, caracterizada por alta morbidade e afeta aproximadamente uma em cada três crianças. As crianças são tratadas atualmente com uma variedade de terapias que podem ser ineficazes ou mesmo prejudiciais. As terapias potenciais incluem antibióticos, broncodilatadores, fisioterapia respiratória, adrenalina, glicocorticoides, hélio, solução hipertônica, imunoglobulina, corticosteroides inalatórios e oxigenioterapia. OBJETIVO: Verificar uso de corticoide em lactentes com diagnóstico de bronquiolite internados no Instituto da Criança do Amazonas (ICAM). MÉTODOS: Trata-se de um estudo observacional prospectivo em lactentes menores de 12 meses, no período de setembro de 2010 a março de 2011, internados no ICAM com diagnóstico de Bronquiolite aguda. Os pacientes foram acompanhados no primeiro e último dia de internação hospitalar, através protocolos específicos. Os pais ou responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. RESULTADOS: Foram selecionados 27 pacientes em que 59% eram do sexo masculino e 41% do sexo feminino. A média de idade e internação hospitalar foi de, respectivamente, 4,3 meses e 6,4 dias. Estavam em uso de corticoide no primeiro dia de internação hospitalar 96% dos lactentes. A corticoterapia foi feita em 67% dos pacientes por mais de 5 dias. Conclusão: Os achados desse estudo sugerem que a corticoterapia é uma pratica comum para tratamento de bronquiolite, apesar de vários estudos mostrarem que não há benefício em lactentes e crianças jovens no tratamento com corticoides sistêmicos, em comparação com placebo. Portanto, há uma necessidade de constante atualização médica, para que as crianças não sejam expostas desnecessariamente aos corticoesteroides.

SEGURANÇA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

INJÚRIAS NA INFÂNCIA: CAPACITAÇÃO DE CUIDADORES E EDUCADORES EM SUPORTE BÁSICO DE VIDA EM PEDIATRIA E DESOBSTRUÇÃO DE VIA AÉREA

Cecília Rotava Buratti, Árien Eliza Oldoni, Mariana Menegotto, Bianca Boff Sandi, Renata Steiner Bettiol e Sthephanie Schafer

INTRODUÇÃO: Injúrias na infância é uma das principais causas de mortalidade infantil no mundo, correspondendo a cerca de 950.000 óbitos por ano (1-4). No Brasil, acidentes e violência causam mais mortes que as principais doenças somadas, sendo que causas externas relacionam-se com 20 a 70% de todas as mortes infantis no país (5). Pela relevância do assunto, a OMS e a UNICEF lançaram um Relatório Mundial sobre Prevenção de Acidentes na Infância, reunindo estudos epidemiológicos, pesquisas, programas de capacitação e prevenção, sendo este dirigido a pesquisadores, especialistas em saúde pública, profissionais e acadêmicos (3). OBJETIVOS: Capacitação de educadores e cuidadores em suporte básico de vida e manejo de desobstrução de via aérea, visando reduzir morbimortalidade relacionada a injúrias na infância. MÉTODOS: A partir de aula ministrada por um pediatra emergencista e leitura e discussão de artigos científicos atualizados, realizamos oficina de treinamento prático em suporte básico de vida e manejo na desobstrução de via aérea para acadêmicos membros do CEPED (Centro de Estudos Pediátricos) com o auxílio de modelos humanos de borracha. Além disso, após revisão de condutas preconizadas, elaboramos algoritmos de fácil entendimento e embasados cientificamente para leigos contendo princípios básicos do suporte de vida e desobstrução de via aérea, os quais posteriormente foram entregues nas capacitações. Após esta primeira etapa, visitamos creches e escolas de educação infantil e realizamos a capacitação (teórica e prática) de educadores e cuidadores em suporte primário de parada cardiorrespiratória e primeiros socorros diante de obstrução de via aérea, uma vez que é de fundamental importância que pessoas que trabalham com crianças possuam tais conhecimentos. CONCLUSÃO: Pelo fato dos acidentes na infância serem muito frequentes e geradores de danos a curto e longo prazo, tais capacitações visam a alertar os profissionais da importância da conduta adequada diante deles, evitando medidas equivocadas. Quando bem executado, o manejo tem grande eficácia e sua não realização pode resultar em consequências graves.

TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

PERCEPÇÃO DOS PAIS EM RELAÇÃO À MORTE DE SEUS FILHOS

Gilda Abib El Halal, Crist Ine Nilson, Patricia Lago, Jefferson Piva, Roberta Lenz, Paulo Einloft, Michel El Halal, Pedro Celiny Garcia, Francisco Bruno, Felipe Cabral

OBJETIVO: Analisar a percepção dos pais de pacientes que morreram em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) em relação ao atendimento prestado pela equipe de saúde nos momentos que antecederam a morte das crianças. MÉTODOS: Estudo exploratório-descritivo, com uma abordagem qualitativa. Sujeitos: 15 pais de crianças que faleceram no período de abril a setembro de 2008 nas UTIP do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A coleta de dados foi realizada através de 3 etapas: (a) Os pesquisadores telefonaram para os pais para convidá-los a comparecer nos hospitais; (b) No hospital, os médicos que prestaram assistência às crianças esclareceram dúvidas em relação à terapia oferecida, exames e às decisões de final de vida; (c) Foi realizada uma entrevista semiestruturada, gravada em áudio, pelos pesquisadores que não participaram da assistência. RESULTADOS: A análise dos dados foi realizada através da técnica de análise de conteúdo temática. Os resultados demonstram que os pais sentem falta de um ambiente tranquilo onde possam realizar adequadamente as despedidas no momento da morte de seus filhos. Eles evidenciaram a solidariedade prestada pela equipe de enfermagem neste momento e ressaltaram o distanciamento da equipe médica. Retorna para discutir o processo de morte de seus filhos com a equipe médica foi considerada muito positiva. Os pais relataram que não participaram efetivamente na decisão de limitação de suporte vital, tendo na maioria das vezes apenas apoiado as decisões adotadas pela equipe. CONCLUSÃO: A pesquisa permite concluir que a dificuldade de comunicação entre equipe de saúde e pais é um fator que interfere negativamente nos processos de tomada de decisões de final de vida e de luto. Além disto, é ressaltada a importância de rediscussão do momento da morte dos filhos entre pais e equipe de saúde algum tempo após a morte.

PARTICIPAÇÃO DAS ENFERMEIRAS NAS DECISÕES DE LIMITAÇÃO DE VIDA EM UTI

Cristine Nilson, Jefferson Piva, Patricia Lago, Pedro Celiny Garcia, Paulo Einloft, Ana C. Vieira, Michel El Halal, Gilda Abib El Halal, Cecilia Korb, Cristian Tonial

OBJETIVO: Analisar a participação das enfermeiras nas decisões de limitação de suporte de vida (LSV), assim como o tratamento oferecido nas ultimas 24 horas de vida de crianças que

faleceram em duas UTI pediátricas de referência de nosso meio. MÉTODOS: O estudo foi baseado em (1) revisão do prontuário das crianças que faleceram em duas UTI pediátricas no período de seis meses, visando os cuidados médicos e de enfermagem ofertados nas últimas 24 horas de vida; (2) entrevista semiestruturada com a enfermeira que atendeu a criança nas horas que antecederam ao óbito. Foram definidos dois grupos de crianças: as que receberam reanimação cardiopulmonar (RCP) e aquelas não reanimadas (nRCP). RESULTADOS: Foram incluídos 34 óbitos, sendo 17 (50%) em cada grupo. O plano de não reanimar foi registrado em 10 dos 17 casos (59%). Somente 30% das enfermeiras referiram ter participado ativamente nas decisões de LSV e 80% delas concordavam com a decisão adotada pela equipe médica. Em 80% do grupo nRCP observou-se aumento das drogas vasoativas ou dos parâmetros do respirador nas últimas 24 horas. O trabalho de enfermagem medido pelo NAS score, não diferiu entre ambos grupos. CONCLUSÕES: Demonstramos que as enfermeiras brasileiras têm uma participação discreta nas decisões de Limitação de Suporte Vital em UTI pediátrica. Consequentemente, o cuidados oferecidos nas últimas horas de vida em criança com doenças terminais, muitas vezes, não são dirigidas primariamente ao alívio de sofrimento e dor.