

**Jornadas
da Sociedade
de Infeciologia
Pediátrica**

**Hotel Quinta das Lágrimas · Coimbra
21 e 22 de setembro de 2023**

RESUMOS

**COMUNICAÇÕES ORAIS
POSTERS COM APRESENTAÇÃO EM SALA
POSTERS**



ÍNDICE

COMUNICAÇÕES ORAIS	3
21 setembro - 17h - Sala Aqua	4
CO-01: O Desafio da Doença Invasiva por <i>Streptococcus pyogenes</i> num Hospital de Nível II: Estudo Retrospetivo de 2015-2023	4
CO-02: Doença Invasiva por <i>Streptococcus</i> Grupo A: A Perspectiva de uma Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos	5
CO-03: O pico das infeções por <i>Streptococcus</i> do grupo A (SGA) não foi síncrono com as infeções por VSR e Influenza	6
CO-04: Associação temporal entre varicela e doença estreptocócica antes, durante e após a pandemia COVID-19	7
CO-05: Epidemiologia da varicela com internamento no período pós-pandemia COVID-19	9
CO-06: Infeções por <i>Staphylococcus aureus</i> produtor de Leucocidina de Panton-Valentine em idade pediátrica: série de casos	10
22 setembro - 08h - Sala Aqua	12
CO-07: Infeção congénita por Citomegalovírus – estudo retrospectivo de 13 anos num hospital terciário	12
CO-08: Toxoplasmose congénita: diagnóstico e seguimento de filhos de mãe com seroconversão de toxoplasmose durante a gravidez	13
CO-09: Leishmaniose visceral na população pediátrica – casuística de um hospital terciário	14
CO-10: A reemergência das infeções sexualmente transmissíveis entre os jovens	15
CO-11: Coleções supurativas intracranianas em idade pediátrica: Experiência de 10 anos de uma Unidade de Infeciologia Pediátrica (2010-2023)	16
CO-12: Otomastoidite Aguda em Idade Pediátrica: o que mudou depois da Pandemia COVID-19? Um Estudo Observacional Descritivo de um Hospital de Nível III	17
POSTERS COM APRESENTAÇÃO EM SALA	18
21 setembro - 17h - Sala Ignis	19
PAS-01: “Varicela - uma epidemia pós-COVID?” - um estudo da infeção por Varicela-Zoster num hospital nível I 2012-2023	19
PAS-02: Epidemiologia da varicela durante e após a pandemia COVID-19	20
PAS-03: O impacto da COVID-19 nas admissões por varicela em idade pediátrica	21
PAS-04: O impacto da COVID-19 nos internamentos por varicela em idade pediátrica	22
PAS-05: Internamentos por Varicela- casuística de um hospital nível II	23
PAS-06: Infeção por Herpes Zóster - casuística de um hospital nível II	24
PAS-08: Bronquiolite a VSR - Casuística de um Serviço de Pediatria	25
PAS-09: Escabiose num hospital distrital – casuística dos últimos 5 anos	26
PAS-10: Será mesmo infeção por HHV6? Apresentação de dois casos clínicos em prematuros	28
21 setembro - 17h – Sala Aer	29
PAS-11: Taxas de Incidência e Mortalidade por Doença Invasiva Pneumocócica em Crianças Hospitalizadas em Portugal – Estudo SPHERE	29
PAS-12: Doença pneumocócica invasiva - a experiência de um hospital de nível II	30
PAS-13: Meningite pneumocócica: experiência de num hospital de nível I	31
PAS-14: Doença invasiva pneumocócica fulminante: a propósito dum caso clínico	32
PAS-15: Pneumonia adquirida na comunidade – casuística de 10 anos	33
PAS-16: Abscessos pulmonares - experiência dos últimos 10 anos num hospital nível III	34
PAS-17: Síndrome de choque tóxico no serviço de pediatria de um hospital nível II nos últimos 10 anos	35
PAS-18: Sépsis por <i>Streptococcus</i> do grupo A associada a meningoencefalite – uma apresentação atípica	36
PAS-19: Dois casos de embolização séptica por <i>Streptococcus</i> do grupo A	37
PAS-20: E a doença não invasiva a <i>Streptococcus pyogenes</i> ?	38

22 setembro - 08h - Sala Ignis	39
PAS-21: <i>Clostridium difficile</i> – casuística de 10 anos num hospital distrital	39
PAS-22: Gastroenterites agudas bacterianas num serviço de pediatria	40
PAS-23: Nas entrelinhas de uma gastroenterite prolongada - um caso de infeção a <i>Ascaris lumbricoides</i>	41
PAS-24: Transição de terapêutica endovenosa para terapêutica oral nas infeções intracranianas em idade pediátrica: como e quando?	42
PAS-25: Infeções osteoarticulares – que fatores podem estar associados a instituição de terapêutica mais tardia?	43
PAS-26: Perfil de resistência da <i>Escherichia coli</i> ao cefuroxime - a realidade de um hospital de nível I	44
PAS-27: Hidrocefalia obstrutiva por tuberculoma em doente com tuberculose pulmonar - um caso clínico	45
PAS-28: Quisto de Tornwaldt – Um diagnóstico incomum, com uma forma de apresentação atípica	46
PAS-29: Um raro caso de molusco contagioso neonatal	47
22 setembro - 08h - Sala Aer	48
PAS-30: Como “facilitar” a terapêutica de substituição em imunodeficiências	48
PAS-31: Terapêutica de substituição com imunoglobulina subcutânea: experiência do hospital de dia de pediatria	49
PAS-32: Consulta pediátrica de rastreio infeccioso pré-terapêutica imunossupressora: 3 anos de experiência	50
PAS-33: Consulta Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) na adolescência – Fantasia vs. realidade?	51
PAS-34: Infeção pelo vírus da imunodeficiência humana em adolescente com bicitopenia - um diagnóstico a considerar	53
PAS-35: Sífilis congénita num hospital de nível II: 2001-2023	54
PAS-36: Vulvovaginite por <i>Neisseria gonorrhoeae</i> em idade pré-púbere	55
PAS-37: Infeção aguda pelo vírus <i>Epstein-Barr</i> – manifestações clínicas e laboratoriais por grupo etário	56
PAS-38: Febre em doente retornado da Nigéria	57
POSTERS	58
21 e 22 setembro - Sala Aer	59
P-01: Apresentação atípica de infeção por VIH – a propósito de um caso clínico	59
P-02: Causas raras de hepatite: a propósito de um caso clínico	60
P-03: Colecistite aguda alitiásica e EBV – uma entidade a não esquecer	61
P-04: Leptospirose – uma patologia em crescendo, uma idade atípica	62
P-06: Dois casos raros de infeções osteoarticulares	63
P-07: Furunculose a MSSA com atingimento sistémico e a importância de avaliar conviventes	64
P-08: Gianotti-Crosti - uma apresentação rara do vírus Influenza A	65
P-09: Hemoptises no serviço de urgência - caso clínico	66
P-10: Imunoglobulina Subcutânea Facilitada: ... a primeira vez em pediatria!	67
P-11: Meningite neonatal a Enterovírus, um agente a considerar	68
P-12: Pancitopenia causada por Vírus Epstein-Barr: uma apresentação incomum	69
P-13: Pneumonia por <i>Chlamydia trachomatis</i> – quando suspeitar na ausência de rastreio pré-natal	70
P-14: Será esta a doença do beijinho? - A propósito de um caso clínico	71
P-15: Um caso clínico de meningoencefalite neonatal a <i>Listeria monocytogenes</i>	72
P-16: Uma manifestação rara da infeção pelo vírus Epstein-Barr em idade pediátrica	73
P-17: Varicela complicada com infeção grave de tecidos moles: relato de três casos	74
P-18: <i>Salmonella não typhi</i> : uma doença nem sempre autolimitada	75

COMUNICAÇÕES ORAIS

21 setembro - 17h - Sala Aqua

CO-01

O Desafio da Doença Invasiva por *Streptococcus pyogenes* num Hospital de Nível II: Estudo Retrospectivo de 2015-2023

André Salvada, Mariana Fidalgo Silva, Leonor Figueira, Francisca Costa, Paula Correia
Serviço de Pediatria (Diretora: Dr.^a Helena Loureiro), Departamento da Criança e do Jovem
(Diretora: Dr.^a Graciete Bragança), Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE.

Introdução e objetivos

A infeção por *Streptococcus pyogenes* (SGA) pode cursar com doença invasiva (DI), cujo aumento de frequência tem vindo a ser reportado.

O objetivo foi caracterizar a evolução da DI por SGA num hospital de nível II.

Metodologia

Estudo observacional retrospectivo dos processos clínicos de crianças (0-18 anos) internadas por DI por SGA entre janeiro de 2015 e agosto de 2023. Os critérios de inclusão foram: isolamento em cultura ou deteção por *Polymerase Chain Reaction* (PCR) de SGA em local habitualmente estéril (caso confirmado), ou doença clinicamente grave e isolamento em cultura ou deteção por PCR de SGA em local não estéril (caso provável). Análise estatística com SPSS.

Resultados

Internadas 19 crianças (17 casos confirmados, 2 prováveis) com média de 4,9 anos ($\sigma=4,4$), 10 com varicela, 1 imunossuprimida, 1 com trauma recente.

8 casos de 2015-2019, 1 de 2020-2021 e 10 de 2022-2023.

Registaram-se 8 infeções osteoarticulares (4 artrites sépticas, 4 osteomielites), 7 bacteriémias (5 em contexto de varicela, 1 de celulite da órbita, 1 de infeção do coto umbilical), 5 infeções da pele e tecidos moles (2 fasciões necrotizantes, 2 miosites, 1 fasciíte), 3 choques sépticos/sépsis, 2 pneumonias complicadas de empiema, 1 tromboflebite jugular (Síndrome de Lemièrre), 1 embolia séptica pulmonar subpleural, 1 pelviperitonite.

Duração média de internamento de 19 dias, 10 necessitaram de cuidados intensivos.

Todos foram tratados com antibiótico beta-lactâmico, 15 em associação com clindamicina.

Dos 12 doentes com mais de 6 meses de seguimento não se registaram sequelas.

Discussão/conclusão

O aumento de casos de DI por SGA registado no período 2022-2023 vai ao encontro do recente aumento de incidência reportado a nível europeu. Aproximadamente metade dos casos ocorreu em contexto de varicela, o que motiva uma reflexão sobre a relevância da suspeição clínica e possível impacto da vacinação contra a varicela.

É importante o diagnóstico e início precoce de antibioterapia e uma monitorização epidemiológica continuada.

CO-02

Doença Invasiva por *Streptococcus* Grupo A: A Perspectiva de uma Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

Ricardo Domingos Grilo¹, Filipa Marujo², Ana Araújo Carvalho³, Anaxore Casimiro², Catarina Gouveia⁴, João Estrada²

1-Serviço de Pediatria, Departamento da Mulher e da Criança, Hospital do Espírito Santo de Évora, Évora, Portugal; 2-Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, Lisboa, Portugal; 3-Unidade de Pediatria Médica, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, Lisboa, Portugal; 4-Unidade de Infeciologia, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, Lisboa, Portugal

Introdução e objetivos

Streptococcus do grupo A (GAS) é responsável por um grande espectro de doenças em pediatria, incluindo a doença invasiva por GAS (iGAS). Durante a pandemia COVID-19 verificou-se uma diminuição global na sua incidência, à semelhança de outras infeções bacterianas. Contudo, desde 2022 verifica-se um aumento preocupante de casos e de mortes por iGAS mundialmente, com particular incidência na população pediátrica. Pretende caracterizar-se os doentes com iGAS internados numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP).

Metodologia

Análise retrospectiva descritiva dos casos de iGAS internados na UCIP do Hospital Dona Estefânia, CHULC, de janeiro de 2014 a julho de 2023, identificados através dos registos na plataforma de notificação nacional. Analisaram-se dados epidemiológicos, demográficos, clínicos, laboratoriais, microbiológicos e prognósticos dos pacientes.

Resultados

Registaram-se 13 internamentos em UCIP (29% do total de internamentos), com predomínio do género masculino (85%) e idade mediana de 2 anos. A maioria frequentava a escola, verificando-se maior frequência no Inverno (46%) e em 2023 (54%). Todos eram previamente saudáveis, sem contacto prévio com doença estreptocócica, e em 6 havia história de doença infecciosa anterior ao quadro. Os diagnósticos mais comuns foram síndrome de choque tóxico estreptocócico (46%) e pneumonia (15%). À admissão, 4 apresentavam hipotensão, 7 taquicardia, sendo transversal o aumento de parâmetros inflamatórios (PCR mediana 269,6mg/L e PCT 41.1ng/mL). Em 7 identificou-se SGA em mais de um produto de colheita e em 3 isolou-se outro microrganismo concomitantemente (2 *Streptococcus pneumoniae*). Todos os doentes cumpriram antibioticoterapia (mediana 28 dias), preferencialmente Ceftriaxone/Cefotaxime (62%) e a Clindamicina (100%); 7 fizeram imunoglobulina e 11 foram submetidos a intervenção pela cirurgia. Relativamente ao suporte de órgão: 8 necessitaram de ventilação mecânica invasiva e 8 de suporte aminérgico. A duração mediana do internamento em UCIP foi 7 dias. Não ocorreram óbitos, apesar de 5 terem ficado com sequelas aos 30 dias após o internamento.

Discussão/conclusão

A iGAS causa uma ampla gama de doença grave, com elevada morbi-mortalidade. Os nossos resultados vão, no geral, de encontro a outros estudos, demonstrando aumento significativo na incidência de iGAS em 2023, com maior utilização de imunoglobulina e clindamicina. Não se registaram óbitos, mas destacamos o número significativo de doentes com sequelas.

CO-03

O pico das infeções por *Streptococcus* do grupo A (SGA) não foi síncrono com as infeções por VSR e Influenza

Joana de Beir¹, Miguel Lucas¹, Ana Rita Jesus¹, Lia Gata¹, Fernanda Rodrigues^{1,2}

1-Serviço de Urgência e Unidade de Infeciologia Pediátrica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Hospital Pediátrico; 2-Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução e objetivos

Após um número muito reduzido de infeções por SGA durante a pandemia COVID-19, em 2022 vários países reportaram um aumento da doença, em particular na sua forma invasiva (i-SGA). A diminuição da exposição a esta bactéria durante a pandemia e a intensa circulação de vírus respiratórios, em particular VSR e influenza, com co-infeções virais frequentemente reportadas em crianças com i-SGA, foram propostas como explicações para esta observação. O objetivo deste estudo foi caracterizar a evolução das infeções por SGA, VSR e Influenza.

Metodologia

Estudo observacional descritivo, num Serviço de Urgência Pediátrica, com análise de:

- Testes Rápidos de Antigeno de SGA positivos e diagnósticos de amigdalite estreptocócica (AE) e escarlatina (códigos de ICD9 (034, 0340, 0341) e ICD10 (J020, J0300, A389)), de janeiro/15- junho/23;
- Infeções por VSR e Influenza PCR positiva, de junho/22-junho/23.

Resultados

No período pré-pandemia (2015-19), as infeções não invasivas por SGA (não i-SGA) atingiam o seu pico no inverno e início da primavera. Durante os primeiros dois anos da pandemia (2020-2021) a incidência foi muito baixa. Em 2022, observou-se um aumento progressivo do número de casos, regressando, no final do ano, à sazonalidade e aos níveis pré-pandemia, embora não os ultrapassando (Figura 1.a.). Seguindo esta tendência, no início de 2023 foi observado um aumento importante destas infeções, principalmente da AE. Esta tendência manteve-se até abril para a escarlatina e até maio para a AE. O número de infeções invasivas também aumentou neste período de 2023. Os casos de infeção por VSR e Influenza aumentaram a partir de setembro/2022, com pico em novembro e outubro, respetivamente, diminuindo em janeiro/23 (figura 1.b.).

Discussão/conclusão

Embora o regresso da doença não i-SGA aos valores pré-pandemia tenha coincidido com o pico de infeção por VSR e Influenza, continuou a aumentar mesmo após o decréscimo das infeções por estes dois vírus, sugerindo que, caso exista relação entre ambos, outros fatores têm de ser considerados para explicar o aumento observado. Monitorizar a epidemiologia do SGA e dos vírus respiratórios é crucial para compreender as mudanças epidemiológicas e antecipar desafios futuros.

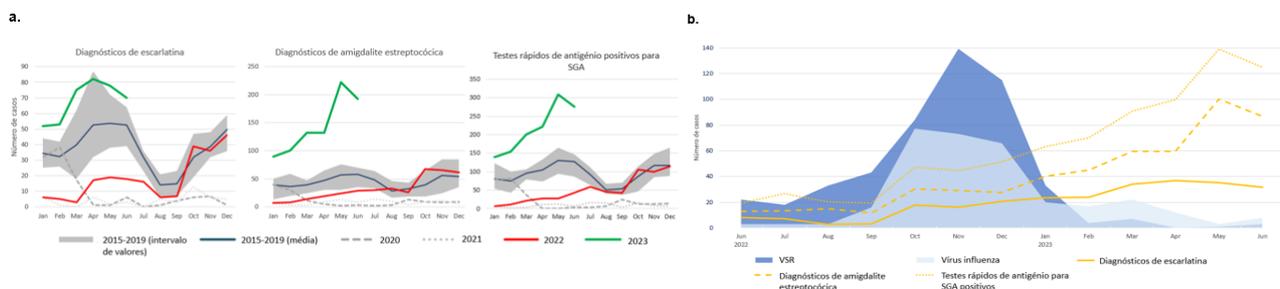


Figura 1: Doença não invasiva por *Streptococcus* Grupo A e vírus respiratórios

a. distribuição mensal dos casos de escarlatina, amigdalite estreptocócica e testes rápidos de antígeno positivos para SGA, janeiro 2015-junho 2023. O intervalo de valores pré-pandemia é mostrado a cinzento, com a média em azul, valores de 2022 a vermelho e de 2023 a verde.

b. número de casos de infeção por VSR (azul-escuro) e pelo vírus Influenza (azul-clara), diagnósticos de escarlatina, amigdalite estreptocócica e testes rápidos de antígeno para SGA (amarelo), junho 2022-junho 2023.

CO-04

Associação temporal entre varicela e doença estreptocócica antes, durante e após a pandemia COVID-19

Miguel Lucas¹, Joana de Beir¹, Raquel Oliveira Inácio¹, Miguel Lince Duarte¹, Lia Gata¹, João Pereira Vaz², Lurdes Correia², Fernanda Rodrigues^{1,3}

1-Serviço de Urgência Pediátrica e Unidade de Infeciologia Pediátrica, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2-Serviço de Patologia Clínica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 3-Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

Introdução e objetivos

A pandemia COVID-19 alterou profundamente a epidemiologia de várias doenças infecciosas. Desde 2022 tem sido descrito um aumento da incidência de doença invasiva e não invasiva por *Streptococcus* do grupo A (SGA) em vários países europeus e nos EUA. Entre as razões para este aumento, tem-se especulado sobre o papel das infeções víricas.

O objetivo deste estudo foi avaliar a associação entre um painel de vírus e doença não invasiva por SGA numa urgência pediátrica.

Métodos

Estudo observacional, retrospectivo, descritivo, que incluiu todos os códigos de diagnóstico ICD-9 e ICD-10 de escarlatina (034, 0341, A389) e de varicela (052, 052.0, 052.1, 052.2, 052.7, 052.8, 052.9, B010, B0111, B0112, B012, B0182, B0189, B019) e todos testes rápido de diagnóstico antigénico para SGA positivos e os testes PCR multiplex para vírus respiratórios positivos (VR) (VSR, vírus da gripe, vírus parainfluenza, metapneumovírus humano, rhino/enterovírus), correspondentes aos episódios de urgência de janeiro 2015 a junho 2023, num hospital pediátrico terciário. Para a análise estatística, foi realizada correlação não paramétrica de *Spearman*.

Resultados

A evolução do número de episódios de escarlatina, de varicela e de testes PCR positivos para VR ao longo dos anos é apresentada na figura.

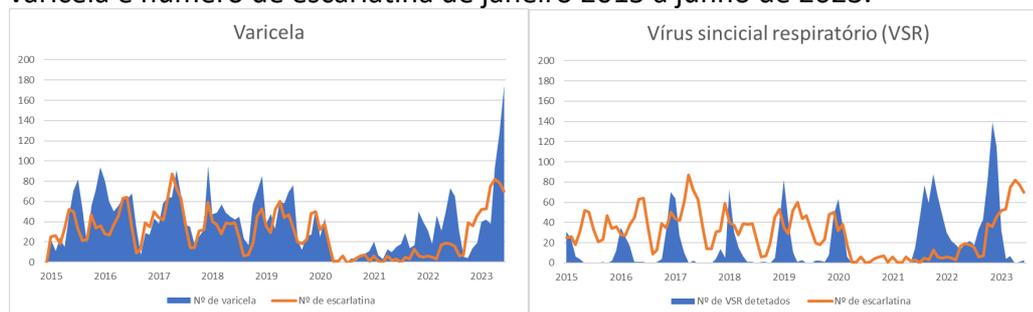
Observou-se uma associação moderada entre escarlatina e varicela ($r = 0,684$, $p < 0,001$), mais forte do que para outros vírus (associação fraca para parainfluenza, metapneumovírus, rhino/enterovírus; sem associação para vírus influenza e VSR).

Resultados semelhantes foram observados para associação entre testes rápido de diagnóstico antigénico para SGA positivos e varicela ($r = 0,654$).

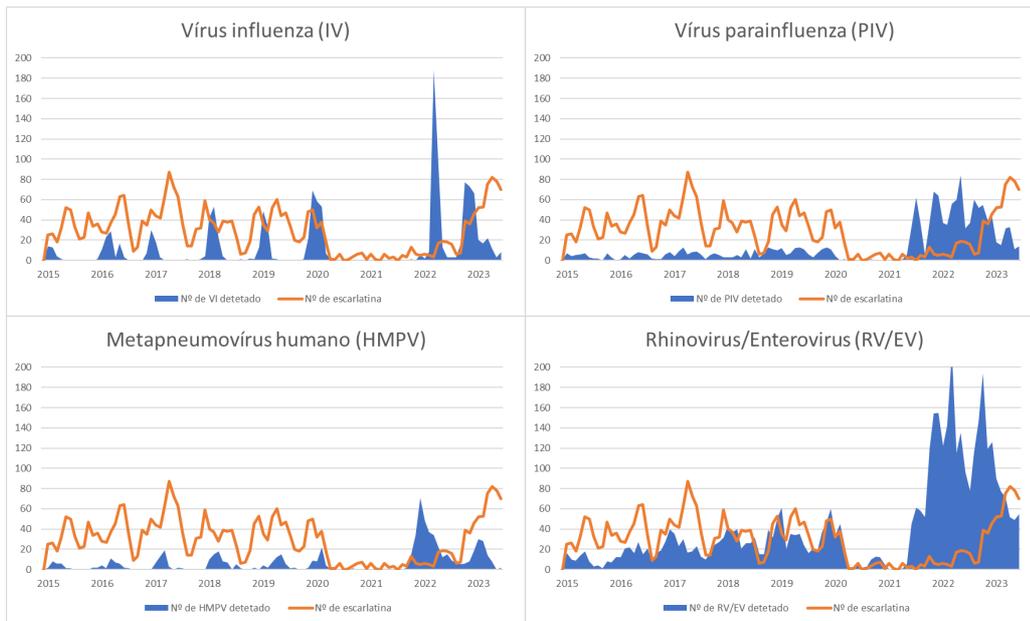
Discussão/conclusão

Os dados antes, durante e após a pandemia COVID-19, sugerem uma associação temporal mais forte entre escarlatina e varicela do que com um painel de outros vírus respiratórios. Estes dados reforçam que intervenções dirigidas a vírus poderão ter algum impacto em infeções bacterianas.

Figura 1. Número de testes PCR positivos para diferentes vírus respiratórios/ diagnósticos de varicela e número de escarlatina de janeiro 2015 a junho de 2023.



(continua página seguinte)



CO-05

Epidemiologia da varicela com internamento no período pós-pandemia COVID-19

Miguel Lince Duarte¹, Raquel Oliveira Inácio¹, Mariana Domingues^{1,2}, Ana Teresa Gil^{1,2}, Ana Brett^{1,2}, Lia Gata^{1,2}, Fernanda Rodrigues^{1,2}

1-Serviço de Urgência Pediátrica e Unidade de Infeciologia Pediátrica, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2-Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

Introdução

Os vírus constituem a principal etiologia de infeções do Sistema Nervoso Central (SNC). O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto da pandemia COVID-19 na identificação deste agente em amostras de LCR.

Materiais e métodos

Estudo observacional, com avaliação dos vírus identificados em LCR de punção lombar efetuada em crianças com suspeita de infeção do SNC, num hospital pediátrico, de janeiro/2016 a abril/2020, através de um teste de *Polymerase Chain Reaction* (PCR) que inclui 14 dos principais agentes de meningite/encefalite, nos quais estão sete vírus (EV, HSV-1, HSV-2, VZV, HpeV, CMV e HHV-6).

Resultados

Ao longo do período em análise, foram submetidas a PCR 390 amostras de LCR, tendo ocorrido identificação de vírus em 79 (20,3%). O número de testes efetuados foi: 2016= 78, 2017= 66, 2018= 86, 2019= 92, 2020= 49, 2021= 19. A distribuição por agentes e por anos é apresentada na tabela.

Ano	HSV1	HSV2	EV	HpeV	VZV	HHV-6	CMV	Total (nº/%)	
2016	0	1	8	6	0	3	1	19	24,1%
2017	0	0	10	0	1	1	0	12	15,2%
2018	0	0	19	1	1	1	0	22	27,8%
2019	0	1	18	1	2	1	0	23	29,1%
2020		0	0	0	0	1	0	1	1,3%
2021*	1	0	0	0	0	1	0	2	2,5%
Total	1 (1,3%)	2 (2,5%)	55 (69,6%)	8 (10,1%)	4 (5,1%)	8 (10,1%)	1 (1,3%)	79	

*(até 15 de abril) Legenda: HSV vírus herpes simplex, EV enterovírus, HpeV parechovírus humano (HpeV), VZV vírus varicela zoster, HHV-6 vírus herpes humano 6, CMV citomegalovírus

Discussão/conclusão

O EV é o vírus mais frequentemente identificado em infeções do SNC e, embora com alguma variação, distribuído ao longo dos anos, seguido do HpeV, com um surto em 2016, sendo depois esporádico. Durante a pandemia observou-se uma redução do número de LCR submetidos ao teste sindrómico de PCR para infeções do SNC. Observou-se também uma redução muito importante da identificação de vírus, destacando-se a ausência de EV desde o início da pandemia.

CO-06

Infeções por *Staphylococcus aureus* produtor de Leucocidina de Panton-Valentine em idade pediátrica: série de casos

Carolina Castro^{1,2}, Diana Alba^{1,3}, Inês Ventura^{1,4}, Teresa Monteiro^{1,5}, Sandra Rebelo⁶, Carolina Faria¹, Ana Reis Melo¹, Margarida Tavares¹

1-Unidade de Doenças Infecciosas e Imunodeficiências, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário de São João; 2-Serviço de Pediatria, Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos; 3-Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Tâmega e Sousa; 4-Serviço de Pediatria, Hospital de Vila Nova de Gaia/Espinho; 5-Serviço de Pediatria, Hospital de Faro; 6-Laboratório de Biologia Molecular, Serviço de Patologia Clínica, Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução e objetivos

A Leucocidina de Panton-Valentine (LPV) é uma exotoxina produzida pelo *Staphylococcus aureus* (SA) com um papel significativo na virulência desta bactéria. A formação de poros nas membranas celulares de diferentes células hospedeiras leva à lise celular e necrose tecidual, tornando as infeções por SA-LPV potencialmente graves, particularmente em crianças e adolescentes. Neste trabalho caracterizamos estas infeções diagnosticadas em idade pediátrica num hospital terciário.

Metodologia

Estudo retrospectivo de doentes com amostras SA-LPV desde 27/04/2016 (realização do primeiro teste de deteção do gene LPV) até 30/06/2023. A identificação do gene LPV, no nosso hospital, é realizada através da técnica RT-PCR a partir de culturas puras de SA, mediante solicitação médica.

Resultados

Durante o período de estudo, identificámos 6 doentes com infeção por SA-LPV, 50% do sexo masculino, com idades entre 6 meses e 15 anos. As características clínicas, demográficas e microbiológicas encontram-se resumidas na tabela 1.

A maioria era saudável (4/6), exceto uma adolescente com osteomielite do fémur intervencionada 3 anos antes e outra com furunculose/abscessos cutâneos recorrentes prévios.

Três adolescentes necessitaram de admissão em unidade de cuidados intensivos pediátricos devido a complicações graves: um com abscesso nadegueiro e choque séptico; um com pneumonia necrotizante por Influenza A com sobreinfeção bacteriana e evolução para insuficiência respiratória com necessidade de suporte ECMO durante 2 meses; e outro com choque séptico em contexto de osteomielite da tíbia e celulite grave da perna após traumatismo.

Foi instituída antibioticoterapia sistémica combinada em 5/6 doentes, sendo a principal associação clindamicina e vancomicina. A flucloxacilina foi o β -lactâmico mais utilizado. Foi necessária intervenção cirúrgica em metade dos casos.

Na maioria dos doentes (4/6) foram isoladas estirpes de SA resistentes à metilina. A resistência ao sulfametoxazol/trimetoprim identificou-se em 2/5. Não se verificou resistência à clindamicina. Após resolução da infeção, uma doente realizou descolonização. Todos foram acompanhados em consulta de Doenças Infecciosas e nenhum teve diagnóstico de imunodeficiência.

Discussão/conclusão:

A gravidade e o impacto das infeções por SA-LPV são evidentes, mesmo nesta pequena série de casos. A pesquisa do gene LPV é fundamental para o diagnóstico e gestão adequada destes doentes que inclui cursos de antibioticoterapia apropriados e intervenção cirúrgica em determinados casos.

Tabela 1. Características dos doentes com infeção por *Staphylococcus aureus* produtor de Leucocidina de Pantón-Valentine.

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6
Sexo	M	F	M	F	F	M
Idade	15 anos	12 anos	14 anos	11 anos	13 anos	6 meses
Comorbilidades	Não	Não	Não	Furunculose	Osteomielite fémur operada	Não
Fatores de risco	Não	Não	Trauma (futebol)	Furunculose familiar	Não	Não
Diagnóstico	Pneumonia necrotizante + choque séptico	Abcesso nadegueiro + choque séptico	Osteomielite tibia/fasceíte + choque séptico	Furunculose recorrente	Recidiva de osteomielite fémur	Abcesso nadegueiro
Internamento (duração)	Sim (109 dias)	Sim (30 dias)	Sim (54 dias)	Não	Sim (24 dias)	Sim (14 dias)
Leucócitos ($\times 10^9/l$) / PCR (mg/l) à admissão	22,7 / 100,8	9,6 / 189	7,6 / 238,4	NA	6,9 / 3,2	28,1 / 66
Local isolamento SA-LPV	SB, sangue	Pús	Pús, sangue, SB	Pele	Pús	Pús
MRSA	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Sim
Tempo desde início doença e diagnóstico microbiológico	2 dias	4 dias	3 dias	1 ano	3 anos	4 dias
Duração ATB sistémica	2 meses	1 mês	3 meses	NA	6 meses*	1 mês
Procedimentos invasivos	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não
UCIP	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não
Cirurgia	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Não
Imunoglobulina	Não					
Evolução	Favorável				Provável evolução para osteomielite crónica	Favorável
Imunodeficiência	Não					NA**
Descolonização	Não	Não	Não	Sim	Não	Não
Recorrência	Não	Não	Não	Não	NA	Não

Legenda: ATB – antibioticoterapia; F – Feminino; M – Masculino; MRSA – *Staphylococcus aureus* resistente à metilina; NA – Não Aplicável; PCR – Proteína-C-Reativa; SA-LPV – *Staphylococcus aureus* produtor de Leucocidina de Pantón-Valentine; SB – secreções brônquicas; UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos.

*Mantém antibioticoterapia com sulfametoxazol/trimetoprim. **Estudo imunológico ainda não realizado.

22 setembro - 08h - Sala Aqua

CO-07

Infeção congénita por Citomegalovírus – estudo retrospectivo de 13 anos num hospital terciário

Catarina Freitas^{1,2}, Marta Barros^{2,3}, Catarina Granjo Morais², Ana Reis e Melo², Carolina Faria², Margarida Tavares²

1-Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos; 2-Centro Hospitalar Universitário de São João; 3-Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia

Introdução e objetivos

A infeção congénita por citomegalovírus (CMVc) é a principal causa de perda auditiva neurosensorial (não hereditária). Nas gestações em que ocorre infeção primária materna, a transmissão fetal pode ocorrer em até 40% dos casos, podendo o recém-nascido (RN) ser sintomático ou assintomático. O rastreio pré-natal por rotina de CMV não está implementado, pelo que o diagnóstico de CMVc atempado no RN pode ser um grande desafio. O objetivo deste estudo foi caracterizar os RN diagnosticados com CMVc, nomeadamente em relação às alterações clínicas, imagiológicas e motivo de rastreio da infeção.

Métodos

Estudo retrospectivo dos RN com diagnóstico de CMVc confirmado, que nasceram entre Janeiro de 2009 e Dezembro de 2022, num hospital terciário. A análise estatística foi posteriormente realizada através do programa SPSS.

Resultados

Foram diagnosticados 29 RN com CMVc (em amostra de sangue seco ou amostra de urina); 14 RN (48%) do sexo masculino e 15 (51.7%) do sexo feminino. Doze (41.4%) foram sintomáticos durante o período neonatal e destes, três (10.3%) apresentaram clínica moderada/severa. Do total de RN, quatro apresentaram perda auditiva, um dos casos com apresentação tardia, antes de iniciarem tratamento.

Na maioria dos casos (20) a pesquisa de CMV no RN foi realizada por diagnóstico de infeção primária materna e 19 RN receberam tratamento pós-natal com antivírico, completando os seis meses de duração.

Discussão/conclusão

Nos casos de infeção congénita por CMV a ausência de sintomas não exclui morbidade no futuro, nomeadamente a surdez neurosensorial, tendo a neuroimagem um importante fator de prognóstico. Como se verificou na nossa amostra o diagnóstico da infeção congénita no RN foi realizado, na maioria dos casos, por conhecimento de infeção materna durante a gravidez. O surgimento de novos métodos de rastreio no período neonatal poderá contribuir para o diagnóstico mais atempado e início de tratamento, conseguindo assim melhorar a perda auditiva/morbidade associada.

CO-08

Toxoplasmose congênita: diagnóstico e seguimento de filhos de mãe com seroconversão de toxoplasmose durante a gravidez

Madalena Alexandre¹, Ana Margarida Garcia², Rita Valsassina², Ana Pereira Lemos², Catarina Gouveia²

1-Área de Pediatria, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central;

2-Unidade de Infeciologia, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introdução e objetivos

A toxoplasmose congênita (TC) é uma doença parasitária que ocorre por transmissão transplacentar de *Toxoplasma gondii*. Apesar de assintomática em 85% dos recém-nascidos, pode cursar com sequelas graves. Objetivo: Caracterização clínica de filhos de mães com seroconversão de toxoplasmose durante a gravidez.

Metodologia

Estudo observacional, retrospectivo, descritivo de filhos de mães com seroconversão de toxoplasmose na gestação, referenciados à consulta de Infeciologia Pediátrica de um hospital nível III, entre outubro 2022 e agosto 2023.

Resultados

Identificaram-se nove crianças, 5/9 do sexo masculino, idade mediana 4 meses [1 mês- 10 meses]. A infeção materna ocorreu no período periconcepcional/1º trimestre (T) em 4/9, no 2ºT em 4/9 e no 3ºT em 1/9.

Foram realizadas ecografias fetais seriadas em todas, sem alterações. 6/9 realizaram PCR no líquido amniótico, uma antes das 18 semanas, restantes entre as 18-28 semanas - negativas. 7/9 das mães realizaram terapêutica com espiramicina.

Todos os recém-nascidos realizaram serologia de sangue periférico, PCR no sangue, ecografia transfontanelar (ETF), avaliação oftalmológica e auditiva. 7/9 realizaram também inoculação de sangue do recém-nascido e placenta no murganho.

Dois casos foram diagnosticados com toxoplasmose congênita. O primeiro: seroconversão 2ºT, viagem ao Senegal, sem tratamento pré-natal; apresenta lesões dos núcleos da base em ETF, sem tradução clínica à data; laboratorialmente, títulos de IgG anti-toxoplasma em cinética descendente. O segundo: seroconversão 3ºT, viagem ao Brasil, mãe medicada com espiramicina; laboratorialmente, IgM positiva após D10 de vida, PCR no sangue e inoculação placenta no murganho positivas; apresenta coriorretinite bilateral e lesões gânglios base na ETF e RM-CE. Este realizou punção lombar com hiperproteínorráquia (155,9mg/dL) e PCR para *Toxoplasma gondii* negativa, tendo sido medicado com corticoterapia. Ambos se encontram sob terapêutica com pirimetamina, sulfadiazina e folinato de cálcio, sem efeitos adversos graves até ao momento.

Nos restantes ainda não foi excluída toxoplasmose congênita, mantendo vigilância clínica e serológica seriada a cada 4-6 semanas.

Discussão/conclusão

A TC pode apresentar sequelas graves. Assim, é fundamental a criação e implementação de protocolos com a melhor estratégia de diagnóstico e tratamento pré e pós-natal, no sentido de minimizar essas sequelas.

CO-09

Leishmaniose visceral na população pediátrica – casuística de um hospital terciário

Catarina Miguel Boto¹, Ana Margarida Garcia², Luís Varandas¹, Catarina Gouveia²

1-Unidade de Pediatria Médica, Hospital D. Estefânia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central; 2-Unidade de Infeciologia Pediátrica, Hospital D. Estefânia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Introdução e objetivos

A Leishmaniose visceral (LV) é uma zoonose causada por protozoários do género *Leishmania*, cujo reservatório principal é o cão. Quando não tratada, apresenta uma mortalidade superior a 75%. O aumento recente de casos de leishmaniose canina pode constituir, no futuro, um importante problema de saúde pública.

Objetivo: caracterização dos casos LV admitidos num hospital terciário.

Metodologia

Estudo observacional, retrospectivo e descritivo dos casos de LV admitidos num hospital pediátrico de nível III, entre janeiro de 2010 e junho de 2023. Foram avaliados os aspetos demográficos, epidemiológicos, clínicos, laboratoriais, terapêuticos e seguimento.

Resultados

Foram incluídas 13 crianças com LV, 5/13 (38,5%) do sexo masculino, idade mediana 3 anos (AIQ 0-15), 62% residentes na Região de Lisboa e Vale do Tejo, todos imunocompetentes. 7/13 (54%) crianças tinham contacto com cães no domicílio.

O tempo médio até ao diagnóstico foi de 7,7 dias (1-27 dias). Os sintomas mais frequentes foram: febre (92%), anorexia (62%) e astenia (38%). 11/13 apresentava hepatomegalia e 12/13 esplenomegalia à admissão. Analiticamente, em todos se registaram citopenias, dos quais 62% pancitopenia, e em 85% hipergamaglobulinémia. A serologia por imunofluorescência foi realizada em 12/13 casos, sendo positiva em 11/12 (92%). O mielograma foi efetuado em todos os casos, com visualização direta de amastigotas em 8/13 (62%) e PCR positiva no sangue medular em 7/12 (58%). Em todas as crianças foi instituída terapêutica com anfotericina B lipossómica (3 mg/Kg D1-D5, D14 e D21). Após início da terapêutica, a resolução mediana da febre foi 2 dias (1-41 dias). 4/13 crianças desenvolveram síndrome hemofagocítico secundário, em apenas uma criança houve necessidade de terapêutica com corticoterapia e imunoglobulina. A duração mediana de internamento foi de 15 dias (8-48 dias). Não foram registados óbitos nem recorrência até ao momento.

Discussão/conclusão:

Mesmo na ausência de contexto epidemiológico sugestivo, o diagnóstico de LV deve ser considerado na abordagem da criança com febre e hepatoesplenomegalia, dado a sua elevada taxa de mortalidade e potencial aumento de incidência. É essencial a manutenção de uma vigilância epidemiológica ativa e efetiva, no sentido de se poder controlar a transmissão desta doença.

CO-10

A reemergência das infecções sexualmente transmissíveis entre os jovens

Marta Barros^{1,2}, Catarina Freitas^{1,3}, Ana Reis e Melo¹, Carolina Faria¹, Sandra Rebelo⁴, Margarida Tavares¹

1-Unidade de Doenças Infeciosas e Imunodeficiências, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário de São João; 2-Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho; 3-Serviço de Pediatria, Hospital Pedro Hispano - Unidade Local de Saúde de Matosinhos; 4-Serviço de Patologia Clínica, Laboratório de Biopatologia Molecular, Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução e objetivos

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) representam um problema de saúde pública e, segundo a Organização Mundial de Saúde, a sua incidência tem aumentado entre os jovens. O objetivo deste trabalho foi caracterizar clínica e epidemiologicamente os adolescentes com diagnóstico de IST.

Metodologia

Estudo retrospectivo descritivo que incluiu os adolescentes com diagnóstico de IST seguidos em consulta de Pediatria - Doenças Infeciosas, no período de janeiro de 2015 a julho de 2023. Análise estatística efetuada com SPSS 25[®] ($p < 0,05$).

Resultados

Incluíram-se 66 adolescentes (60,6% do sexo masculino), com idade média de 17 anos (14-18). Registou-se uma média de 8,9 casos/ano. Verificou-se uma diminuição do número de diagnósticos em 2020 e 2021 (5 e 2, respetivamente), com um aumento dos mesmos nos anos seguintes (os casos de 2022 e 2023 ($n=24$) representaram 36,4% da amostra). 95,5% reportava não utilizar preservativo consistentemente, 66,7% tinha um parceiro sexual recente e 27,3% tinha mais do que 1 parceiro.

O diagnóstico foi realizado em contexto de rastreio em 22,7% dos casos, sendo a infeção assintomática significativamente mais prevalente no sexo feminino (38,5% vs 12,5%; $p=0,014$).

Os doentes procuraram observação, em média, com 4 dias (0-90) de sintomatologia. Os sintomas mais frequentes, em ambos os sexos, foram os urinários (53%) e o exsudado uretral/vaginal (72,5% e 23,1%, respetivamente). As 3 adolescentes com doença inflamatória pélvica apresentaram-se com dor pélvica e exsudado vaginal e 2 com febre.

A infeção por *Chlamydia trachomatis* ocorreu em 65,6% e por *Neisseria gonorrhoeae* (NG) em 63,6% dos casos (coinfecção em 28,8%), sem predomínio de sexo. No exame cultural obtido em 8 adolescentes, todas as NG eram sensíveis ao ceftriaxone. Salienta-se que 4 adolescentes (6,1%) tinham infeção VIH, um deles com diagnóstico de novo na mesma altura.

Verificou-se recorrência de IST em 16,7% e perda de seguimento em 42,4% da amostra.

Discussão/conclusão

Encontramos um aumento recente do número de adolescentes com IST. Os casos diagnosticados em contexto de rastreio constituem um alerta para a existência de jovens assintomáticos e subdiagnosticados. Os comportamentos sexuais de risco e a perda de seguimento, característicos desta faixa etária, acarretam risco de propagação e recorrência das infeções.

CO-11

Coleções supurativas intracranianas em idade pediátrica: Experiência de 10 anos de uma Unidade de Infeciologia Pediátrica (2010-2023)

Inês Teles de Figueiredo¹, Ana Pereira Lemos¹, Ana Margarida Garcia¹, Margarida Pinto², Mário Matos³, José Pedro Vieira⁴, Catarina Gouveia¹

1-Unidade de Infeciologia Pediátrica, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central; 2-Laboratório de Microbiologia, Serviço de Patologia Clínica, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central; 3-Serviço de Neurocirurgia, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central; 4-Serviço de Neuropediatria, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introdução e objetivos

Abcesso cerebral (Ac) e empiema subdural (Es) são coleções supurativas intracranianas (CSI), que podem surgir como complicação de outra infeção, por trauma ou cirurgia. Dada a importante morbimortalidade, pretendemos estudar estes doentes para melhor os identificar e tratar.

Metodologia

Estudo transversal, retrospectivo, observacional, não interventivo. Incluíram-se todas as crianças com diagnóstico de Ac ou Es, admitidas num hospital pediátrico de nível III português desde 2013 a 2023.

Resultados

Identificaram-se 21 doentes com CSI: Ac (14), Es (6), ambos (1). Idade mediana 6 anos, 14 do sexo feminino (66%). Tinham fator predisponente 19 (meningite (10), otite/mastoidite (6), sinusite (4), cardiopatia congénita (3), infeção dentária (2), neurocirurgia (1)).

A maioria apresentou febre (16), vômitos (15) e cefaleia (11), sendo também frequentes défices neurológicos focais e convulsão (10).

Dos 15 que fizeram TC e RM, só existiu concordância entre exames em 8 dos casos (53%). A diferença entre o tipo de lesões identificada foi estatisticamente significativa ($p=0,011$).

A identificação do agente foi maioritariamente por cultura de pus (6/10; 60%) ou de LCR (6/13; 46%, 5 dos quais com meningite) e em PCR de DNA bacteriano (6/16; 38%; 3 no pus e 3 no LCR), menos frequente em hemocultura (6/21; 29%). O agente mais isolado foi *Streptococcus intermedius* (7) e em 3 doentes não houve qualquer isolamento.

A maioria iniciou empiricamente cefalosporina de 3ª geração (17) e vancomicina (16). Posteriormente, 13 necessitaram de ajuste terapêutico, principalmente por agravamento clínico. 13 dos 21 doentes realizaram corticoterapia. Foram submetidos a cirurgia 14 doentes e destes, metade necessitou de re-intervenção. A intervenção mais comum foi a drenagem da coleção.

Foram admitidos em UCIP 14 doentes, sendo que estes foram o que evoluíram com mais sequelas ($p=0,023$). Ocorreram sequelas em 13 doentes, sendo as mais frequentes surdez (4) e paralisia facial periférica (4).

Discussão/conclusão

Apesar do reconhecimento precoce e do início de terapêutica preconizada, a maioria dos doentes tem quadros clínicos graves. Isto condiciona internamentos prolongados, múltiplas intervenções cirúrgicas e vários ajustes terapêuticos, dificultados pela baixa taxa de isolamento, tal como referido na literatura

CO-12

Otomastoidite Aguda em Idade Pediátrica: o que mudou depois da Pandemia COVID-19? Um Estudo Observacional Descritivo de um Hospital de Nível III

Inês Ventura^{1,2}, Carolina Castro^{1,3}, Diana Alba^{1,4}, Maria João Marques⁵, Carolina Faria¹, Ana Reis Melo¹, Margarida Tavares¹

1-Unidade de Infeciologia Pediátrica e Imunodeficiências, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário de São João; 2-Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho; 3-Serviço de Pediatria, Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos; 4-Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Tâmega e Sousa; 5-Serviço de Otorrinolaringologia, Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução e objetivos

A otomastoidite aguda (MA) é a complicação mais comum da otite média aguda (OMA), com maior incidência ≤ 2 anos. Pretende-se descrever o impacto da pandemia COVID-19 nos casos de MA pediátricos de um hospital português nível III em três períodos distintos: 1 - “pré-pandemia” (07/2017 – 02/2020); 2 – pandemia COVID-19 com medidas de isolamento social (03/2020 – 07/2021) e período 3 com vacinação da população e levantamento das restrições (08/2021 – 06/2023).

Metodologia

Estudo retrospectivo e descritivo de doentes < 18 anos admitidos com o diagnóstico de MA entre 07/2017 e 06/2023. Análise estatística: SPSS®.

Resultados

Dos 73 casos analisados, a maioria (54,8%) envolveu crianças ≤ 2 anos e 24,7% apresentavam algum fator de risco. A mediana de idades diferiu significativamente entre os períodos 2 e 3 (6 vs. 2 anos, $p < 0,05$). 34,2% tinham história de OMA sob tratamento antibiótico oral. A incidência de MA foi mais alta no período 3 (1,7 casos/mês) e mais baixa no período 2 (0,4 casos/mês).

As complicações mais frequentes foram o abscesso otogênico (35,6%) e a trombose dos seios venosos (TSV) (16,4%), sendo a TSV mais frequente no grupo com > 2 anos ($p < 0,05$). A análise microbiológica do exsudado otológico realizou-se em 43 crianças, revelando predominância do *Streptococcus pneumoniae*: 13 casos, 9 destes no período 3 e nenhum no período 2. Verificou-se uma diferença significativa na contagem média de leucócitos no grupo com isolamento de pneumococo (23.593 vs. 15.737, $p < 0,05$). A infecção por *S.pneumoniae* foi associada às MA complicadas ($p < 0,05$).

Das 73 crianças, 38 mantiveram seguimento: 81,6% foram submetidas à miringotomia com colocação de tubo de ventilação timpânica (TVT) e 39,5% a mastoidectomia. Uma segunda intervenção cirúrgica foi necessária em 18,4%. Todos receberam antibioterapia endovenosa (média: 14,1 dias), maioritariamente ceftriaxona (86,8%) e permaneceram internados em média 15,6 dias, sem variação significativa entre os períodos. Foram observadas duas recorrências aos 30 dias (5,3%).

Discussão/conclusão

Verificou-se uma diferença na epidemiologia da MA nos períodos avaliados, possivelmente relacionada às medidas de combate à COVID-19. No pós-pandemia, parece existir um aumento na incidência de MA, acompanhado por maior isolamento de pneumococos, sugerindo a necessidade de estudos mais abrangentes.

POSTERS COM APRESENTAÇÃO EM SALA

21 setembro - 17h - Sala Ignis

PAS-01

“Varicela - uma epidemia pós-COVID?” - um estudo da infecção por Varicela-Zoster num hospital nível I 2012-2023

Dina Raimundo¹, Diogo Ministro¹, Crisbety Pinho¹, Dora Gomes¹, Elsa Hipólito¹, Maria Manuel Flores¹

1-Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução e objetivos

A varicela é uma infecção causada pelo vírus Varicela-Zóster (VVZ), geralmente benigna e autolimitada. Foram analisados os internamentos pelo VVZ num período em que a vacina já se encontra recomendada para vacinação universal em programas europeus e em que a epidemiologia sofreu alterações após a pandemia COVID-19.

Metodologia

Realizámos um estudo retrospectivo dos processos clínicos dos internamentos por varicela e suas complicações entre janeiro 2012 e junho 2023 por VVZ num hospital de nível 1. Parâmetros analisados: sazonalidade, dados demográficos, comorbilidades, sintomas/complicações, exames complementares de diagnóstico e necessidade de terapêutica. Foi ainda avaliado a evolução do número de casos por ano, número de dias de internamento, dias de doença e de complicações.

Resultados

Foram considerados 116 internamentos. Junho e Julho representam os meses com mais internamentos registados, numa amostra com 81% das crianças com menos de 4 anos.

Os principais motivos de internamento foram sobreinfecção bacteriana com necessidade de antibioterapia endovenosa e febre persistente. Em média, os internamentos ocorreram entre o 3º e 4º dia de doença, com uma duração de 4,1 dias. Nenhuma das crianças apresentava a vacina anti-VVZ.

A maioria das complicações foram dermatológicas (celulite, impetignização). O tratamento com aciclovir foi realizado em 83 crianças (71,6%) e 75 (64,7%) realizaram antibioterapia. Uma criança foi transferida para o hospital de referência por fascíte necrotizante. Em 2023, verificámos o maior número de internamentos (21, 18.6%), seguido de 2013 (18, 15.5%) e 2019 (17, 14.7%). Acrescenta-se que também houve maior duração de internamento comparado aos anos anteriores (5,7 dias vs 3,8 dias) e maior necessidade de antibioterapia (85,7%). Em 2020 e 2021 não houve internamentos por VVZ pela diminuição de doença atribuída às medidas de contingência aplicadas na pandemia COVID-19.

Discussão/conclusão

Este estudo evidencia o aumento do impacto do VVZ na saúde das crianças, nos custos em saúde e levanta a necessidade de ponderação sobre a necessidade da introdução da vacina ou políticas que permitam diminuir o número de internamentos e complicações associados a este vírus.

PAS-02

Epidemiologia da varicela durante e após a pandemia COVID-19

Raquel Oliveira Inácio¹, Miguel Lince Duarte¹, Mariana Domingues^{1,2}, Ana Teresa Gil¹, Ana Brett^{1,2}, Lia Gata¹, Fernanda Rodrigues^{1,2}

1-Serviço de Urgência Pediátrica e Unidade de Infeciologia Pediátrica, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2-Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

Introdução e objetivos

A varicela é uma infeção muito comum em idade pediátrica. Tal como aconteceu com a maioria das doenças infecciosas, observou-se uma redução muito importante durante o período da pandemia COVID-19. O objetivo deste estudo é avaliar o padrão do seu ressurgimento.

Métodos

Estudo observacional retrospectivo incluindo todos os diagnósticos de varicela (ICD9 052, 052.0, 052.1, 052.2, 052.7, 052.8, 052.9 e ICD10 B010, B0111, B0112, B012, B0182, B0189, B019), com ou sem realização de exames complementares de diagnóstico (ECD), sem internamento, observados no serviço de urgência pediátrica de um hospital terciário, de janeiro 2010 a junho 2023.

Resultados

Ao longo do período do estudo ocorreram 6742 diagnósticos, com valor médio 549 casos/ano de 2010 a 2019, com a distribuição apresentada na figura 1A. No período pós pandemia, verificou-se um aumento progressivo, seguido de elevado número de casos no primeiro semestre de 2023, com valor próximo da média anual nos anos pré-pandemia, e com idade média mais elevada ($p < 0,001$) (figura 1A e 1B). A percentagem de casos nos quais foram efetuados ECD manteve-se relativamente estável.

Discussão/conclusão

A epidemiologia da varicela, relativamente estável de 2010 a 2019, sofreu alterações importantes com a pandemia COVID-19. Apesar da redução marcada em 2020, ao contrário de outros vírus não desapareceu, tendo ocorrido um aumento progressivo em 2021 e 2022, seguido, em 2023, do valor mais elevado nos últimos 14 anos. Este pico foi mais tardio do que o notado no padrão de ressurgimento de outras doenças infecciosas, atingindo crianças mais velhas, ainda suscetíveis.

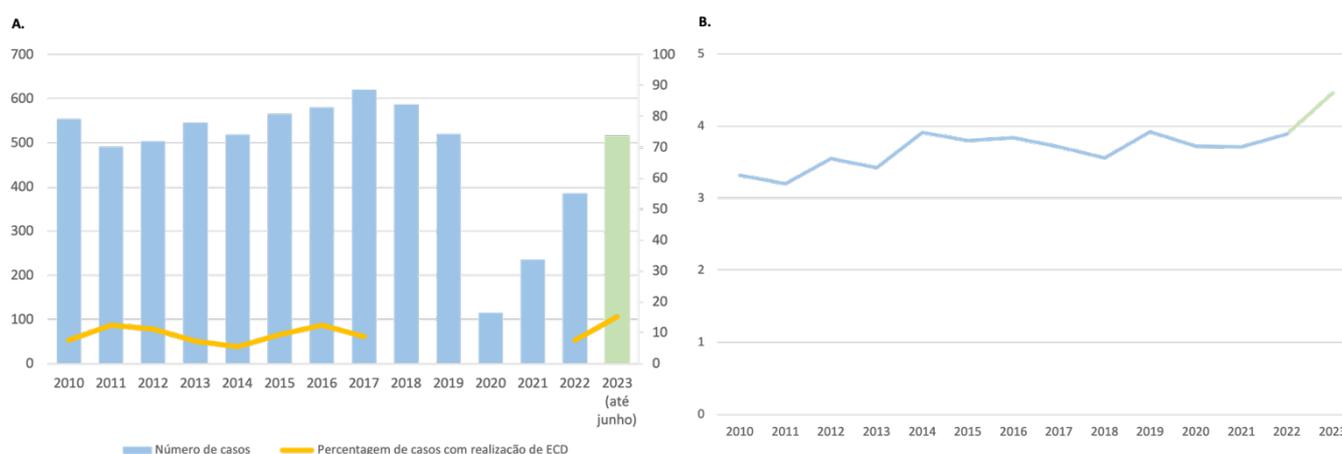


Figura 1 - A. Distribuição anual do número de diagnósticos de varicela no ambulatório de 2010 a 2023 (barras) e percentagem anual de casos com realização de ECD (linha amarela; de 2018 a 2021 não foi possível avaliar os ECD); **B.** Idade média das crianças com varicela (Anos).

PAS-03

O impacto da COVID-19 nas admissões por varicela em idade pediátrica

Margarida Martins¹, Joana Vasconcelos¹, Jorge Rodrigues¹, Joana Magalhães¹, Cristina Baptista¹, Cristina Faria¹

1- Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Introdução e objetivos

A varicela é uma doença frequente na infância, habitualmente benigna, mas pode evoluir para complicações graves. Com a pandemia COVID-19, tem-se assistido a uma variação do padrão epidemiológico e da virulência de diversos agentes patogénicos, sugerindo um eventual débito imunitário. O objetivo deste estudo passou por perceber se houve diferença nas admissões em urgência por infeção por vírus varicela-zóster (VZV) após a pandemia COVID-19.

Metodologia

Estudo observacional, retrospectivo e unicêntrico de episódios de urgência com diagnóstico de varicela ocorridos entre 01/2019 e 03/2020 (pré-pandemia) e entre 04/2022 e 06/2023 (pós-pandemia) e sua caracterização clínica e epidemiológica.

Resultados: 966 episódios, 907 doentes, 51% sexo masculino, mediana de idade de 4 anos (mínima 14 dias). Pré-pandemia: 314 doentes, 51.6% sexo feminino, mediana de 4 anos. 13.4% com antecedentes relevantes, nomeadamente patologia respiratória e cutânea crónica, dos quais 28,6% sob corticoterapia inalada (n=12) e 2,4% sob corticoterapia sistémica (n=1). Foram registadas complicações em 6.4% casos, na sua maioria (75%) sobreinfeção cutânea. 2.9% infeções concomitantes, nomeadamente candidíase mucocutânea (33.3%) e otite média aguda (22.2%). A maioria (95.9%) teve alta para domicílio, 4.3% sob antibioterapia. 12 readmissões, 41.7% nas 24h seguintes, 91.7% alta para ambulatório. Pós-pandemia: 593 doentes, 52.4% sexo masculino, mediana de 4 anos. 11% com antecedentes relevantes, dos quais 26.2% sob corticoterapia inalada (n=17). Foram registadas complicações em 6.9% casos, na sua maioria (65.9%) sobreinfeção cutânea. A maioria (96.1%) teve alta para domicílio, 6.5% sob antibioterapia. 47 readmissões, 46.8% nas 24h seguintes, 74.5% alta para ambulatório. Um óbito. No global, verificou-se um aumento de 88.9% de admissões no período pós-pandemia e maior prescrição de aciclovir no período pré-pandemia ($p<0.001$). De forma estatisticamente significativa: mais antecedentes relevantes associaram-se a mais prescrição de aciclovir ($p=0,001$); maior duração de doença associou-se a mais complicações ($p<0,001$), exames complementares ($p<0.001$) e antibioterapia ($p<0.001$); presença de complicação ou doença concomitante associou-se a maior prescrição de aciclovir ($p=0.005$; $p<0.001$) e antibiótico ($p<0.001$), tal como a realização de exames complementares ($p=0.003$; $p<0.001$).

Discussão e Conclusão: Na coorte pós-pandémica, observaram-se maior número de admissões, embora com menor prescrição de aciclovir e sem aumento significativo de complicações ou internamentos.

PAS-04

O impacto da COVID-19 nos internamentos por varicela em idade pediátrica

Joana Vasconcelos^{1,2}, Margarida Martins¹, Jorge Rodrigues¹, Joana Magalhães¹, Cristina Faria¹
1-Serviço de pediatria, Centro Hospital Tondela Viseu; 2-Interna de Formação Específica em
Pediatria Médica, Hospital Dona Estefânia, CHULC

Introdução e objetivos

A varicela é uma doença frequente na infância, geralmente autolimitada, podendo, contudo, evoluir para complicações graves. Com a pandemia COVID-19, tem-se assistido a uma variação do padrão epidemiológico e da virulência de diversos agentes patogénicos, sugerindo um eventual débito imunitário. Este trabalho teve como objetivo avaliar se esta teve impacto significativo nos internamentos por varicela.

Metodologia

Estudo observacional, retrospectivo e unicêntrico de internamentos com diagnóstico de varicela ocorridos entre 01/2019 e 03/2020 (pré-pandemia) e entre 04/2022 e 06/2023 (pós-pandemia) e sua caracterização clínica e epidemiológica.

Resultados

No global, 36 doentes internados, 52.8% sexo masculino, idade mediana de 2.5 anos (mínimo 14 dias, máximo 11 anos), 25% com fatores de risco relevantes [77.8% patologia respiratória crónica; 57% sob corticoterapia inalada]. Sem óbitos. Verificaram-se o dobro de internamentos no período pós-pandémico [12 vs 24], sendo este proporcional ao número de admissões em urgência com diagnóstico de varicela [3.8% vs. 4%]. No período pré-pandemia, internaram-se 50% com idade inferior a 6 meses e 42% por complicações [2 infeções do SNC]. 33% realizaram antibioterapia endovenosa, com duração mediana de 6 dias. Duração mediana de 7 dias de internamento. No período pós-pandemia, houve 70.8% de internamentos por varicela complicada (82.4% por sobreinfeção cutânea bacteriana). Houve deteção de *S. pyogenes* em 5 casos. Identificação de *S. aureus* em dois exames culturais. 79% realizaram antibioterapia endovenosa, mais frequentemente com flucloxacilina em monoterapia (30.8%) ou associado a clindamicina (26.3%), com duração mediana de 3 dias [AIQ 1-20]. Duração mediana de dias de internamento de 4 dias [mínimo 2; máximo 20]. Apesar de um maior número de complicações no período pós-pandémico, este não foi estatisticamente significativo. De forma estatisticamente significativa, verificou-se aumento de internamentos por sobreinfeção bacteriana ($p=0.001$) e maior uso de antibioterapia ($p<0.01$) no período pós-pandémico.

Discussão/conclusões

Apesar do aumento do número de internamentos, este foi proporcional ao número de admissões em urgência. Na coorte pós-pandémica, os resultados sugerem mais casos de infeção bacteriana com consequente aumento do recurso a antibioterapia, sem aumento significativo das restantes complicações.

PAS-05

Internamentos por Varicela- casuística de um hospital nível II

Inês Eiras¹, Ana Sofia Nunes^{1,2}, Sandra Ferraz¹, Inês Magalhães¹, Dalila Rocha¹, Pedro Marinho¹
1-Unidade Local Saúde Alto Minho-ULSAM; 2-Hospital de Braga

Introdução e objetivos

A varicela é uma doença infecciosa muito comum na infância. Apesar de geralmente benigna, pode cursar com sintomatologia significativa ou com graves complicações que implicam necessidade de internamento.

O objetivo deste estudo foi caracterizar os internamentos por varicela e as suas complicações, no serviço de pediatria de um hospital nível II.

Metodologia

Estudo retrospectivo, descritivo, dos processos clínicos das crianças internadas por varicela, entre 01/01/2017 e 31/08/2023.

Resultados

Amostra de 47 doentes, com uma mediana de idades de 5 anos, 55,3% do sexo masculino. O mês com maior incidência foi junho, com 9 (19,1%) casos, e o ano, o de 2023, até à data com 20 (42,6%) casos. Nenhuma criança tinha vacina antivírus *varicela-zoster*. O diagnóstico da varicela foi realizado com uma mediana ao 4º dia de doença. Complicações associadas a esta doença foram o principal motivo de internamento (n=33, 70,2%), destacando-se as cutâneas em 25 (53,2%) casos, seguido de neurológicas em 9 (19,1%) casos e respiratórias em 2 (4,3%) casos. As restantes crianças foram internadas pela gravidade da sintomatologia. Nenhuma criança se encontrava imunodeprimida. A maioria das crianças (n=28, 59,6%) realizou aciclovir em regime de internamento, e destas, 12 (42,9%) já estariam a realizar previamente. Vinte e oito casos (60%) receberam antibioterapia endovenosa, sendo a flucloxacilina o antibiótico de eleição em 20 (71%) desses. A mediana de dias de internamento foi 3 dias. Nenhuma criança necessitou de transferência para um hospital com unidade de cuidados intensivos pediátricos.

Discussão/conclusão

Tal como sugere a literatura, as principais complicações foram as cutâneas em mais de 50% dos casos. Apesar da maioria das crianças com varicela ser tratada em ambulatório, por vezes, as complicações da doença ou a sua gravidade exigem tratamento em meio hospitalar. Este pode incluir antivirais, antibioterapia, suporte respiratório, administração de fluidos intravenosos e supervisão médica próxima. Este estudo permitiu avaliar o impacto das possíveis complicações desta doença, assim como rever as práticas do serviço.

PAS-06

Infeção por Herpes Zóster - casuística de um hospital nível II

Ana Sofia Nunes^{1,2}, Inês Eiras², Margarida Moreno Fernandes^{2,3}, Inês Correia Magalhães², Sandra Catarina Ferraz², Pedro Marinho²

1-Serviço de Pediatria do Hospital de Braga; 2-Serviço de Pediatria da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM); 3-Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNGE)

Introdução

A infeção por herpes zóster/zona resulta da reativação do vírus varicela-zóster (VVZ) após uma fase de latência neuronal. O diagnóstico é clínico e baseia-se na observação de um exantema vesicular unilateral doloroso, que ocorre em um ou dois dermatómos contíguos.

Objetivos

Caracterizar a população pediátrica com infeção por herpes zoster num Hospital nível II.

Metodologia

Estudo retrospectivo, descritivo, que incluiu doentes pediátricos com diagnóstico de zona, após observação no serviço de urgência (SU), entre 1 de janeiro de 2017 e 31 de agosto de 2023.

Resultados

Amostra de 55 doentes com predomínio do sexo feminino (n=32; 58,1%), e uma mediana de idade de 9 anos (mínimo 1,2 anos e máximo 17 anos). O ano civil com maior e menor número de diagnósticos foi 2017 (n=10; 18,1%) e 2020 (n=5; 9,1%), respetivamente. O maior número de casos ocorreu no terceiro trimestre (n=21, 38,1%). Nenhum doente realizou a vacina anti-VVZ. Uma minoria dos casos desconhecia antecedentes de primoinfeção pelo VVZ (n=7; 12,7%). O tempo mediano entre o diagnóstico de varicela e o de zona foi de 5 anos (n=44). Dois (3,6%) doentes apresentavam-se imunodeprimidos ao diagnóstico. A maioria dos casos apresentaram como primeira manifestação da doença o exantema vesicular característico (n=34; 61,8%). A mediana de dias desde o início dos sintomas até à observação no SU foi de 3 dias (n=46). Os segmentos torácicos (T1-T12) foram os mais acometidos (n=46; 83,6%). Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre a localização do exantema e a idade ($p=0,0585$). A maioria dos doentes iniciou terapêutica com aciclovir após o diagnóstico (n=44, 80%). Três doentes (5,8%) apresentaram recorrência de zona na mesma localização.

Discussão/conclusão

O predomínio do sexo feminino, o acometimento mais frequente do tórax e a recorrência de zona da nossa população está de acordo com a literatura.

O ano com menor número de diagnósticos cursa com o período de pandemia COVID-19.

O alargamento da amostra poderia permitir clarificar uma possível associação entre a localização do exantema e a idade.

PAS-08

Bronquiolite a VSR - Casuística de um Serviço de Pediatria

Marta Figueiredo, Filipa Santos, Catarina Albuquerque, Rita Belo Morais, Rita Monteiro
Serviço de Pediatria, Hospital de São Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Introdução e objetivos

O Vírus Sincicial Respiratório (VSR) é uma das principais causas de infeção respiratória baixa em idade pediátrica, particularmente durante o outono-inverno, sendo responsável por um elevado número de hospitalizações. Caracterizámos os internamentos por bronquiolite a VSR no serviço de Pediatria durante 4 anos.

Metodologia

Estudo retrospectivo através de consulta de processos clínicos dos doentes internados com diagnóstico de bronquiolite aguda a VSR entre 2019 e 2022. Avaliaram-se dados demográficos, antecedentes pessoais, clínica, terapêutica e encaminhamento.

Resultados

Dos 266 internamentos, 57% foram do sexo masculino, com mediana de idades de 3 meses [7 dias-2 anos], 74% com idade \leq 6 meses. O ano com mais internamentos foi 2019 (n=106, 91% novembro-fevereiro) e com menos internamentos 2020 (n=24, 100% janeiro-fevereiro). Em 2021 e 2022, 60% e 34% dos internamentos ocorreram entre Abril-Outubro, respetivamente. 25% apresentava comorbilidades, a mais frequente a prematuridade (75%). Os internamentos ocorreram em média aos 4,2 dias de doença [1-16 dias]. Os sintomas mais frequentes foram tosse (97%), coriza (94%) e dificuldade respiratória (92%). Metade foi internada por dificuldade respiratória moderada-grave, 29% com hipoxemia à admissão. 24% necessitou de ventilação não invasiva (VNI) (63% CPAP, 78% oxigenoterapia de alto fluxo). Verificou-se coinfeção viral em 12% dos casos. As complicações mais comuns foram a insuficiência respiratória (79%) e a sobreinfeção bacteriana (54% pneumonia; 39% otite média aguda). A duração média de internamento foi 5,5 dias [1-16 dias]. Catorze doentes (5%) foram transferidos para Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) (n=9 recém-nascidos, n=6 prematuros, n=2 com cardiopatia congénita, n=1 com displasia broncopulmonar), em percentagem semelhante ao longo dos anos.

Discussão/conclusão

Desde o início da pandemia COVID-19 (2020) verificou-se uma redução significativa de internamentos, provavelmente devido às medidas de confinamento e etiqueta respiratória em vigor. Após a sua suspensão notou-se um novo aumento do número de casos e alteração do padrão de sazonalidade. A maioria dos internamentos ocorreu em pequenos lactentes sem comorbilidades, reforçando a importância de adquirir novas estratégias de prevenção, nomeadamente a vacinação da grávida. A maioria dos casos não necessitou de suporte ventilatório e apenas uma pequena percentagem necessitou de transferência para Unidade de Cuidados Intensivos.

PAS-09

Escabiose num hospital distrital – casuística dos últimos 5 anos

Ana Rita Jesus¹, Inês Paulo-Rato², Tomás Ferrão², Kátia Maurício², Rita Alvelos², Joana De Beir¹, Sílvia Almeida², Inês Sobreira²

1-Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Hospital Pediátrico; 2-Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução e objetivos

A escabiose é uma dermatose causada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei var. hominis*, que apresenta sinais característicos, prurido intenso e, por isso, elevado impacto na qualidade de vida. A sua epidemiologia é desconhecida em Portugal. Os recursos para o seu tratamento são limitados e o sucesso do mesmo condicionado pela adesão do doente e contactos próximos. Este trabalho teve como objetivo caracterizar todos os episódios de escabiose na urgência pediátrica de um hospital de nível I, nos últimos 5 anos (2018-2022).

Metodologia

Estudo retrospectivo descritivo com análise de todos os diagnósticos de escabiose (ICD9 133 e 1330; ICD10 B86), de janeiro/2018 a janeiro/2023. Informação recolhida através de consulta de processo informático.

Resultados

Foram identificadas 302 crianças com o diagnóstico de escabiose, 129 (42.7%) do sexo feminino, com uma idade mediana de 7.12 anos (mínimo 27 dias, máximo 17 anos e 11 meses). Na tabela 1 apresentam-se os dados obtidos. Em 2020 (pandemia COVID-19) verificou-se uma diminuição do número de diagnósticos de escabiose, com recuperação nos anos subsequentes para valores semelhantes aos encontrados pré-pandemia. 280 crianças (92.7%) apresentava queixas de prurido e 298 (98.7%) lesões cutâneas, com uma duração mediana dos sintomas de 14 dias (1 dia a 7 meses). 36 (11.9%) crianças apresentavam sulcos acarinos e 174 (57.6%) lesões generalizadas. Pelo menos um fator de risco para infeção foi identificado em 177 (58.6%) crianças. O benzoato de benzilo foi o tratamento mais utilizado, prescrito em 174 (57.6%) crianças, sendo os anti-histamínicos usados frequentemente para alívio sintomático (prescritos em 170 crianças, 56.3%). 14 (4.6%) crianças apresentavam sobreinfeção bacteriana no momento do diagnóstico, tendo sido prescrito antibiótico, na maioria dos casos de uso tópico (57.1%). 31 crianças regressaram ao SU por falência de tratamento, e 2 por efeitos secundários à terapêutica (xerose cutânea).

Discussão/conclusão

A escabiose continua a ser uma importante causa de procura de cuidados de saúde, sobretudo pelo seu impacto na qualidade de vida. O diagnóstico é clínico, e o tratamento deve ser iniciado de forma precoce, essencial para o controlo desta infestação cutânea. Embora menos frequente, verificou-se a possibilidade de complicações como sobreinfeção bacteriana.

Tabela 1: Características clínicas e tratamento prescrito

Características	n (%)
Ano	
2018	73 (24.2)
2019	81 (26.8)
2020	17 (5.6)
2021	72 (23.8)
2022	59 (19.5)
Triagem	
Outros casos/não urgente	5 (1.7)
Pouco urgente	209 (69.2)

Urgente	69 (22.8)
Muito urgente	19 (6.3)
Prurido	
Presente	280 (92.7)
Ausente	4 (1.3)
Sem informação	18 (6.0)
Lesões cutâneas	
Presentes	298 (98.7)
Ausentes	0 (0.0)
Sem informação	4 (1.3)
Fator de risco	
Contexto escolar de escabiose	16 (5.3)
Familiar com sintomas ou lesões	119 (39.4)
Familiar com o diagnóstico de escabiose	22 (7.3)
Outros contactos	8 (2.6)
Criança institucionalizada	6 (2.0)
Sem fator de risco identificado	41 (13.6)
Sem informação	90 (29.8)
Tratamento prescrito	
Benzoato de benzilo	174 (57.6)
Enxofre (5 a 10%)	119 (39.4)
Permetrina	5 (1.7)
Sem informação	4 (1.3)
Prescrição de anti-histamínicos	170 (56.3)
Sem informação	72 (23.8)

PAS-10

Será mesmo infecção por HHV6? Apresentação de dois casos clínicos em prematuros

Andreia J. Fernandes¹, Íris Rocha e Oliveira¹, Mafalda João Pereira¹, Marta Novo², Marta Soares², Ana Ramalho², Vera Santos², Elsa Vinagre³, Silvia Lopo³, Luísa Gaspar².

1-Serviço de Pediatria - Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Hospital de Faro; 2-Serviço de Medicina Intensiva Neonatal e Pediátrica - Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Hospital de Faro; 3-Departamento de Doenças Infecciosas - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

Introdução e objetivos

O herpesvírus humano-6 (HHV6) causa infecção quase universalmente na infância, com seroprevalência de 80-100% abaixo dos 3 anos. A infecção congénita ocorre em 1% da população e surge por transmissão hereditária do HHV6 integrado no cromossoma (ciHHV6) de um dos progenitores ou transmissão transplacentária e é tipicamente assintomática. O ciHHV6 é uma forma única de latência, com potencial de reativação, não sendo conhecidos os seus efeitos, nomeadamente no neurodesenvolvimento.

Descrição dos casos

Caso 1: prematura de 29 semanas, internada por prematuridade e dificuldade respiratória. No 13º dia apresentou uma sépsis tardia a *Staphylococcus haemolyticus*. No 20º dia, por maior instabilidade, foi realizada uma ecoTF (previamente normal), que revelou uma dilatação tetraventricular pós-hemorrágica e sinais de ventriculite, com indicação para punção lombar evacuadora (PLE). Analiticamente sem parâmetros de infecção. O painel de agentes neurotrópicos (pNT) foi positivo para HHV6, com exame cultural negativo e hemoculturas negativas. A pesquisa de DNA de HHV6 (pDNA.HHV6) no sangue foi positiva (109766 cópias/ml). Iniciou antiviral e PLe seriadas, com melhoria significativa da dilatação tetraventricular/ventriculite.

Caso 2: prematura de 36 semanas e 6 dias, gravidez mal vigiada, parto eutócico com rotura de membranas 2 horas antes do parto, IA 8-9-9, admitida na UCIN por gemido, dificuldade respiratória e febre. Analiticamente revelou subida dos parâmetros laboratoriais de infecção bacteriana e o pNT no LCR foi positivo para HHV6, com exame cultural negativo. As hemoculturas foram positivas para SGB e a pDNA.HHV6 no sangue e LCR foram positivas (516119 e 789 cópias/ml). A EcoTF revelou edema cerebral ligeiro. Realizou antibioterapia e antiviral dirigidos, com resolução melhoria clínica. A pDNA.HHV6 em amostras de unhas e folículo capilar das recém-nascidas e carga viral no plasma dos progenitores foi positiva, confirmando-se a presença de ciHHV6.

Discussão/conclusão

Estes casos parecem representar infecções congénitas sintomáticas por HHV6. Fatores como imunossupressão, gravidez, fármacos e infecções podem resultar na reativação do HHV6. O estado latente, principalmente por ciHHV6, resulta na positividade das amostras, com ou sem infecção ativa, dificultando o diagnóstico. Assim, a apresentação clínica, a ausência de outro agente identificável e os achados nos exames complementares devem levar-nos a considerar o início de antiviral, ponderando o seu risco-benefício.

21 setembro - 17h – Sala Aer

PAS-11

Taxas de Incidência e Mortalidade por Doença Invasiva Pneumocócica em Crianças Hospitalizadas em Portugal – Estudo SPHERE

Fernanda Rodrigues¹, Filipa Prata², Ana Margarida Garcia³, Ana Reis Melo⁴, Paula Correia⁵, Laura Marques⁶, Maria João Virtuoso⁷, João Romano⁸

1-Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal; 2-Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal; 3-Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, Lisboa, Portugal; 4-Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal; 5-Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora-Sintra, Portugal; 6-Centro Hospitalar Universitário de Santo António, Porto, Portugal; 7-Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Faro, Portugal; 8-MSD Portugal, Paço de Arcos, Portugal

Introdução e objetivos

A doença invasiva pneumocócica (DIP) é a forma mais grave de infeção causada pela bactéria *Streptococcus pneumoniae*. Crianças com <5 anos são particularmente vulneráveis à doença, caracterizada por uma morbilidade e mortalidade significativas. A vacinação é uma das intervenções mais efetivas no combate à DIP.

Este estudo teve como objetivo determinar as taxas de incidência e mortalidade da DIP em crianças hospitalizadas em Portugal Continental.

Metodologia

Estudo retrospectivo, multicêntrico, transversal, com recolha secundária de dados de registos clínicos de crianças (<18 anos) internadas com DIP entre 2017-2018 em 7 centros em Portugal.

Resultados

O estudo incluiu 68 crianças, a maioria do sexo masculino (55,9%), com idade ≤4 anos (76,5%). 4,9% apresentava uma patologia subjacente. Os diagnósticos mais comuns foram empiema (30,9%) e pneumonia com bacteriemia (30,9%), seguido de bacteremia oculta (17,6%) e meningite (16,2%). Dos doentes com informação sobre o serotipo de *S. pneumoniae* (69,1%), em 36,2% foi identificado o serotipo 3, seguido pelo serotipo 19A (10,6%). A maioria das crianças tinha esquema de vacinação contra *S. pneumoniae* completo (61,8%), 17,6% incompleto e 17,6% não eram vacinadas.

O tempo médio de hospitalização foi de 16,4±14,3 dias, sendo que 47,0% das crianças passaram 7,3±5,2 dias na unidade de cuidados intensivos. Após internamento, 97,1% tiveram alta e 2,9% faleceram. Das 11 crianças que tiveram o diagnóstico de meningite, 5 apresentaram sequelas ao final de um ano após alta.

A taxa de incidência global de DIP foi de 0,80 casos/1.000 crianças hospitalizadas, e a taxa global de mortalidade foi de 2,9 mortes/100 crianças hospitalizadas por DIP.

Discussão/conclusão

Este estudo fornece dados de vida real sobre as taxas de incidência e mortalidade da DIP em Portugal, país com um programa de vacinação anti-pneumocócica para crianças bem estabelecido, contribuindo para uma melhor compreensão do impacto desta doença nesta população.

Apesar da elevada taxa de cobertura vacinal em Portugal, o serotipo 3 foi o mais frequentemente identificado, frequentemente associada a casos de pneumonia complicada, em todas regiões geográficas.

PAS-12

Doença pneumocócica invasiva - a experiência de um hospital de nível II

Marta Rodrigues Amaral, Rosa Duarte Cardoso, Cláudia Lopes, Susana Tavares, Sónia Aires
Centro Hospitalar Entre Douro E Vouga

Introdução e objetivos

O *Streptococcus pneumoniae* (SP) é a causa mais frequente de bacteriemia e pneumonia e a segunda causa de meningite bacteriana em idade pediátrica.

O objetivo deste estudo foi caracterizar a amostra de doentes com infeção por SP num período de 11 anos.

Métodos

Análise retrospectiva dos casos de infeção por SP entre janeiro 2012 e dezembro 2022 num Hospital nível II.

Resultados

A amostra contempla 23 doentes, 13 do sexo masculino (56,5%). A média de idade foi 2,74 anos, 73,9% com menos de 5 anos. Em 2022 registou-se o número mais elevado/ano (8 casos - 34,8%).

Da amostra, 3 crianças tinham sibilância recorrente; 2 síndrome nefrótico (1 diabetes concomitante); 2 laringomalácia e 2 prematuridade.

19 doentes (82,6%) estavam vacinados: 15 com vacina anti-pneumocócica 13 valente (8 com esquema completo), 2 com a 7 valente e 2 com a 10 valente.

Os sintomas mais comuns foram: febre (82,6%); tosse (43,5%); vómitos (43,5%) e dor abdominal (17,4%). Ao exame, destacam-se: alterações na auscultação pulmonar (39,1%); dificuldade respiratória (34,8%); hipoxemia (26,1%); prostração (17,4%) e gemido (13,1%).

Analiticamente, verificou-se: hiponatremia (43,5%), trombocitose (21,7%) e anemia (17,4%). A contagem leucocitária variou entre 200/uL e 45600/uL; o valor da Proteína C reativa entre 3,5 mg/L e 495,6 mg/L.

O SP foi isolado em 20 casos no sangue (1 em simultâneo no líquido cefalorraquidiano (LCR)), 2 no líquido pleural e 1 no LCR.

Em 73,9% houve necessidade de internamento, que durou entre 3 a 24 dias.

Todos realizaram tratamento médico, 11 casos (47,8%) com associação de antibioticoterapia. Nos casos de pneumonia com derrame, 2 foram submetidos a tratamento cirúrgico.

Onze casos desenvolveram complicações: descompensação de doença de base (2); pneumonia complicada (3); sépsis (2); choque séptico (2) e morte (2). Como sequelas, destacam-se: atelectasia (3) e surdez neurossensorial (1).

Discussão/conclusão

Contrariamente ao esperado, a maioria dos casos de doença invasiva ocorreu nos anos após introdução da vacina no Programa Nacional de Vacinação, provavelmente devido à emergência de serótipos não contemplados nas vacinas atuais.

Em 4 dos 11 casos complicados, o esquema de vacinação estava completo.

Destaca-se o elevado número de casos em 2022, coincidente com a pandemia COVID-19.

PAS-13

Meningite pneumocócica: experiência de num hospital de nível I

Elsa Machado Guimarães, Inês Viegas, Maria Manuel Zarcos
Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Leiria

Introdução

O *Streptococcus pneumoniae* é um dos agentes mais frequentes de meningite bacteriana. A vacina anti-pneumocócica previne a doença invasiva pneumocócica (DIP) e diminui a prevalência de serotipos vacinais.

Objetivo

Caraterizar os casos de meningite bacteriana por *S. pneumoniae* com internamento no serviço de Pediatria.

Metodologia

Estudo retrospectivo, descritivo e analítico dos casos de meningite pneumocócica (MP) diagnosticados no serviço de Pediatria de um hospital de nível I (Análise estatística: SPSS® 19). O diagnóstico foi realizado por pesquisa positiva por polymerase chain reaction (PCR) no líquido cefalorraquidiano (LCR) e/ou isolamento do agente no LCR ou hemocultura (com pleocitose associada).

Resultados:

Entre 2006 e agosto de 2023 foram diagnosticados 14 casos de MP. A mediana de idades foi 2.5 anos (9 com idade <5 anos), sendo 9 (64.3%) do sexo feminino. Nos anos de 2022-2023 ocorreram 6 casos (42.9%).

O *S. pneumoniae* foi identificado na hemocultura de 8 casos (57.1%) e no LCR de 7 (50%). Apenas 2 doentes não tinham vacina anti-pneumocócica, sendo que 6 (42.9%) foram vacinados com a Pn13 e 6 (42.9%) com a Pn7, com apenas 1 caso de vacinação incompleta para a idade. Registou-se 1 falência vacinal para a Pn13. O serotipo 10A foi o mais frequente (n=3). Dos serotipos identificados após a pandemia SARS-CoV2 (n=4), 3 eram não vacinais. Todos realizaram terapêutica com ceftriaxone, identificando-se apenas um caso com sensibilidade intermédia à penicilina.

Foi realizado exame de imagem em 8 doentes (57.1%), com alterações em apenas 2 (25%) dos mesmos. Duas crianças apresentaram complicações e 3, até ao momento, têm sequelas.

Discussão/conclusão

O nosso estudo identificou um aumento do número de casos de MP no período pós-pandemia, estando paralelamente reportado na literatura um aumento da DIP pós-COVID19. A maioria dos serotipos identificados são não vacinais, o que, apesar da literatura internacional concordante, contraria o último estudo da DIP em idade pediátrica realizada em Portugal. Este trabalho alerta para a importância de manter a vigilância epidemiológica da MP e para o aumento das doenças infecciosas potencialmente graves em contexto pós-pandemia.

PAS-14

Doença invasiva pneumocócica fulminante: a propósito dum caso clínico

Ana Catarina Rosa¹, Mafalda Sousa Cardoso¹, Maria Inês Soares¹, Ana Margalha Miranda¹, Tânia Medo¹, Graça Seves¹, Francisco Abecasis², Isabel Esteves³

1-Serviço de Pediatria, Hospital José Joaquim Fernandes, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo E.P.E.; 2-Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte E.P.E.; 3-Unidade de Infeciologia Pediátrica, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte E.P.E.

Introdução

A doença invasiva pneumocócica (DIP) é uma causa de morbimortalidade em pediatria, com maior gravidade em grupos de risco. A introdução de vacinas conjugadas no Programa Nacional de Vacinação reduziu a sua incidência, contudo verifica-se uma constante preocupação pela falência vacinal.

Descrição do caso

Criança do sexo feminino, 3 anos, etnia cigana, com imunodeficiência primária (IDP) da Imunidade Inata – defeito MYD88, diagnosticada no período neonatal a partir de rastreio de caso índice. Vacinas atualizadas, incluindo vacina anti-pneumocócica 13-valente. Sem vacina anual da gripe. Sob profilaxia diária com amoxicilina e cotrimoxazol e imunoglobulina endovenosa (EV) mensal (última toma 3 semanas antes da vinda à urgência). Recorreu ao Serviço de Urgência por alteração do estado de consciência, com prostração, nas últimas 2 horas. Referida tosse e febre (padrão desconhecido) com 2 dias de evolução. Ao exame objetivo: prostrada, reativa a estímulos, taquicárdica (150-180bpm), hipertensa (114/85mmHg), polipneica e SpO₂ 90-92% em ar ambiente; auscultação pulmonar com diminuição do murmúrio vesicular e ferveores crepitantes à direita; rigidez terminal da nuca, Brudzinsky positivo, hemiparesia esquerda e reflexos osteotendinosos abolidos à esquerda. Analiticamente: neutrofilia (leucócitos 10890/L e neutrófilos 86%), trombocitose (plaquetas 591000) e pCr 20,5 mg/dL; Punção lombar com liquor tipo água de arroz, leucócitos 370/mm³ (94% polimorfonucleares), hipoglicorraquia (16mg/dL) e hiperproteínoorraquia (63 mg/dL). Radiografia do tórax: hipotransparência dos 2/3 inferiores do hemitórax direito. Multiplex respiratório positivo para *Influenza A* e *Rinovírus*. Angio-tomografia cerebral: trombose venosa do 1/3 posterior do seio longitudinal e reto e isquémia de segmento do hemisfério direito. Iniciou oseltamivir e antibioterapia empírica com meropenem e vancomicina. Após transferência para Hospital de referência verificou-se rápido agravamento clínico, com clínica sugestiva de morte cerebral, com extensão das lesões de isquemia cerebral. Faleceu após suspensão de suporte ventilatório. Identificado *S.Pneumoniae* 19A nas culturas.

Discussão/conclusão

Descrevemos um quadro fulminante de DIP por *S.Pneumoniae* 19A, um serotipo vacinal, com rápida evolução para óbito. A DIP continua a ser um desafio na atualidade, existindo uma constante preocupação pela falência vacinal. A DIP pode ser uma das formas de apresentação de IDP, como no defeito de MYD88, sendo essenciais o diagnóstico e tratamento precoces para um prognóstico favorável.

PAS-15

Pneumonia adquirida na comunidade – casuística de 10 anos

Filipa Santos, Catarina Gaspar, Ana Pereira, Marta Pelicano, Madalena Sales Luís, Rita Monteiro
Serviço de Pediatria, Hospital de São Francisco Xavier – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental,
E.P.E.

Introdução e objetivos

A pneumonia adquirida na comunidade (PAC) é uma infeção comum, principalmente abaixo dos 5 anos. Com a vacinação anti-pneumocócica, a sua incidência e mortalidade têm vindo a diminuir nos países desenvolvidos. A maioria dos casos pode ser tratada em ambulatório, contudo, persistem alguns com necessidade de internamento.

O objetivo do trabalho é a caracterização dos casos de PAC internados num hospital nível III.

Metodologia

Estudo descritivo e retrospectivo com revisão dos processos clínicos de crianças internadas no Serviço de Pediatria de 1 de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2022, com o diagnóstico de PAC.

Resultados

Neste período houve 460 internamentos (6% do total de internamentos no Serviço), correspondendo a 434 doentes, mediana de idade 2 anos, 54% do sexo masculino e 38% com comorbilidades. Vacinação anti-pneumocócica completa em 59% dos casos. Dois terços dos internamentos ocorreram entre novembro e março com uma redução significativa nos anos pandémicos. A tosse foi o sintoma mais frequente (93%), seguido de febre (87%) e dificuldade respiratória (63%). Todos realizaram avaliação analítica (hemocultura em 90%) e radiografia torácica. O padrão radiológico mais frequente foi a condensação alveolar (72%). Em 56% dos casos foi realizada pesquisa de vírus no lavado nasal com coinfeção viral em metade dos casos. O vírus sincicial respiratório foi o mais frequentemente isolado. A antibioticoterapia inicial mais utilizada foi a ampicilina. Cerca de metade dos casos necessitou de oxigenioterapia e 11% de ventilação não invasiva. Em 39 casos ocorreu pneumonia complicada: 30 com derrame pleural e 4 com empiema (isolamento de *Streptococcus pneumoniae* em todos, 2 casos com vacinação anti-pneumocócica completa). A média de internamento foi 5,7 dias. Em 23 casos houve necessidade de transferência para outro hospital por agravamento clínico, tendo 22% necessitado de drenagem torácica.

Discussão/conclusão

Verificou-se uma baixa percentagem de internamentos por PAC, maioritariamente em crianças pequenas, com um número importante de doentes com comorbilidades e sem vacinação anti-pneumocócica completa. Houve uma percentagem elevada de coinfeções virais. A complicação mais frequente foi o derrame pleural. Nos empiemas o único agente isolado foi o *Streptococcus pneumoniae*, o que está de acordo com a literatura.

PAS-16

Abcessos pulmonares - experiência dos últimos 10 anos num hospital nível III

Mariana Oliveira Pereira, Rita Lages Pereira, Marta Silva, Carla Moreira, Augusta Gonçalves
Serviço de Pediatria, Hospital de Braga

Introdução e objetivos

Os abcessos pulmonares resultam de uma infeção pulmonar aguda complicada e podem ser primários ou secundários a uma patologia subjacente. São raros em idade pediátrica, pelo que é escassa a literatura quanto à sua abordagem. Pretende-se caracterizar os doentes pediátricos internados com este diagnóstico nos últimos 10 anos.

Metodologia

Estudo observacional e transversal na população pediátrica internada com abcesso pulmonar, entre 2013 e 2022, num hospital nível III.

Resultados

Foram internadas quatro crianças, com idades entre 2 e 10 anos (mediana 2,5 anos), das quais três eram do sexo feminino. Três casos eram abcessos primários e um secundário a malformação adenomatóide cística congénita (MACC). Os sintomas mais comuns foram febre (n=4), tosse (n=4), dispneia (n=3) e toracalgia/dor abdominal (n=3), com tempo de evolução mediano de 4 dias (intervalo 4-9 dias) antes do diagnóstico. O diagnóstico foi feito pela radiografia de tórax em três doentes e intraoperatoriamente num. A tomografia computadorizada do tórax foi realizada em três doentes e diagnosticou a MACC. O pulmão direito foi o afetado em todos os casos. Foram realizadas quatro hemoculturas, um exame microbiológico de líquido pleural e outro de lavado broncoalveolar. Isolamento de *Pseudomonas aeruginosa* no lavado broncoalveolar. Todos os doentes tinham imunização anti-pneumocócica. O tempo mediano de internamento foi de 20,5 dias (intervalo 15-34 dias). Todos fizeram antibioterapia intravenosa com associação de cefalosporina de terceira geração e agente anti-estafilocócico, com duração mediana de 21 dias (intervalo 14-34 dias). Um doente foi submetido a decorticação pleural direita toracoscópica e aspiração do abcesso. Todos os doentes mantiveram seguimento em consulta, sem identificação de outros fatores predisponentes.

Discussão/conclusão

Os abcessos pulmonares apresentam sintomas inespecíficos, o que dificulta o seu diagnóstico e pode levar a atrasos no início do tratamento. Nesta série de casos, embora o número amostral seja pequeno, a radiografia do tórax foi o exame diagnóstico na maioria dos doentes, enfatizando a sua importância perante esta suspeita diagnóstica, e a terapêutica conservadora foi a abordagem de primeira linha, com bom prognóstico a longo prazo. São necessários estudos adicionais para estabelecer orientações diagnósticas e terapêuticas mais precisas.

PAS-17

Síndrome de choque tóxico no serviço de pediatria de um hospital nível II nos últimos 10 anos

Sara Sousa Fernandes¹, Margarida Moreno Fernandes^{1,2}, Mariana Santos Nobre¹, Isabel Martinho¹, Mariana Costa¹, Sandrina Martins¹, Susana Figueiredo¹

1-Serviço de Pediatria da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM); 2-Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho (CHVNG/E)

Introdução e objetivos

O Síndrome de Choque Tóxico (TSS) consiste numa resposta inflamatória aguda mediada por toxinas produzidas por estirpes de *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcal TSS* (STSS), ou *Staphylococcus aureus*, *Nonstreptococcal TSS* (NSTSS). É uma entidade rara, mas potencialmente fatal. O diagnóstico é dificultado pela ausência de critérios definidos em pediatria, pretendendo este estudo a caracterização e determinação da prevalência de TSS no serviço de pediatria num hospital nível II.

Metodologia

Estudo retrospectivo realizado entre Julho/2013 e Julho/2023. Consultados os processos clínicos com o código de TSS do *International Classification Of Diseases* (ICD). Foram incluídos os casos que cumpriram os critérios atuais, definidos pelo *Centers of Disease Control and Prevention* (CDC).

Resultados

Consultados 10 processos clínicos, tendo sido identificados 7 casos de TSS, 85,7% do sexo feminino e idade média de 8 anos (Dp=3,1). Excluídos 3 casos por ausência de hipotensão. O ponto de partida foi cutâneo em 4 casos (57,4%), 1 dos quais em associação com varicela, orofaríngeo em 1 e desconhecido em 2. Foi isolado agente em 3 casos (2 *S.pyogenes*, 1 *S.aureus*). Todos apresentaram febre, exantema (com descamação posterior em apenas 2) e envolvimento multiorgânico, nomeadamente, gastrointestinal (85,7%), mucosas (85,7%), hematológico (71,4%), renal (42,9%), respiratório (28,6%) e hepático (28,6%), entre outros. Em 5 casos foram realizados bólus de fluídos, 2 dos quais com necessidade de suporte aminérgico. A duração mediana de internamento foi 10 dias (IQR=8,5) e de antibioterapia 10 dias (IQR =5,5). Não foram registadas mortes.

Discussão/conclusão

Os casos ocorreram sobretudo em crianças do sexo feminino, com ponto de partida cutâneo e, num destes, em associação a varicela, fator de risco conhecido. Foi observado predomínio de STSS. A maioria dos casos da nossa amostra (71%) necessitaram de suporte hemodinâmico e todos apresentaram envolvimento multissistémico. Os resultados estão de acordo com o descrito na literatura, sendo o TSS uma entidade grave que cursa com disfunção multissistémica e choque séptico. Com este estudo, os autores pretendem demonstrar a importância de reconhecer esta patologia e definir critérios de diagnóstico adaptados à realidade pediátrica.

PAS-18

Sépsis por *Streptococcus* do grupo A associada a meningoencefalite – uma apresentação atípica

M. Eduarda Caseiro Alves^{1,2}; Inês Salva²; Anaxore Casimiro², Ana Lemos³, Ana Margarida Garcia³, João Estrada²

1-Área de Pediatria Médica, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central, E.P.E.; 2-Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Área de Pediatria Médica, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central, E.P.E; 3-Unidade de Infeciologia Pediátrica, Área de Pediatria Médica, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central, E.P.E.

Introdução

O *Streptococcus pyogenes* (SGA) é uma causa frequente de infeções em idade pediátrica. Desde 2022 tem sido reportado um aumento da incidência de infeções invasivas na Europa. O envolvimento do sistema nervoso central (SNC), embora raro, acarreta uma elevada morbimortalidade.

Descrição do caso

Criança de 3 anos, sem antecedentes relevantes, transportada ao serviço de urgência após duas convulsões focais tónico-clónicas esquerdas, que cessaram espontaneamente, em contexto de febre alta com 48 horas de evolução e rinorreia. Durante transporte, nova convulsão refratária à administração de diazepam endovenoso. Na admissão, taquicárdico com alteração do estado de consciência (Escala de Coma de Glasgow 3/15), pupilas isorreativas e desvio ocular conjugado para a direita. Mediante persistência de convulsão, foi administrado levetiracetam e fenobarbital. Considerando estado de consciência, foi ventilado invasivamente e iniciou medidas anti-edema (NaCl 3% endovenoso) e, e pela hipótese de meningoencefalite iniciou ceftriaxone, vancomicina e aciclovir. Evoluiu com hipotensão com hiperlactacidemia com necessidade de noradrenalina. Analiticamente leucocitose 33,450/uL e elevação PCR 135 mg/L e procalcitonina 6,18 ng/mL. Realizou TC-CE que revelou edema cerebral, sem sinais de herniação e ressonância magnética (RM) que evidenciou quadro infeccioso meningoencefálico difuso com lesões no córtex direito e frontal esquerdo. O líquido cefalorraquidiano confirmou a infeção do SNC, com 163 céls/uL, glicorráquia 84.8 mg/dL e proteinorráquia 98.9 mg/dL. O exame cultural e painel herpes foram negativos. Isolado SGA em hemocultura e identificados metapneumovírus e rinovírus no painel de vírus respiratórios. Ajustada antibioterapia ao TSA, com suspensão de vancomicina e aciclovir e início de clindamicina. Durante internamento, constatada hemiparesia esquerda. Em D5 por nova convulsão iniciou fenitoína. Repetida RM em D24, com dois abscessos parietais direitos e frontal esquerdo e regressão do processo infeccioso leptomeníngeo. Alterada antibioterapia para cefotaxima, com melhoria imagiológica, após 2 semanas de antibioterapia. À data de alta, sem défices motores com melhoria clínica, laboratorial. Manteve terapêutica antiepilética com levetiracetam e fenitoína.

Discussão/conclusão

A encefalite em contexto de bacteriemia por SGA é infrequente e associada a fatores de risco como imunodeficiências ou lesões da barreira hematoencefálica. Apresentamos um caso sem fatores de risco conhecido que, apesar da gravidade, evoluiu favoravelmente com recuperação praticamente total dos défices neurológicos

PAS-19

Dois casos de embolização séptica por *Streptococcus* do grupo A

Filipa Paixão, João Vasco, Madalena Carvalho, Luísa Ribeiro, Mariana Silva, Leonor Figueira, Catarina Amorim, Maria Maria Mendes, Francisca Costa, Paula Correia

Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Pediátricos (coordenador: Dr. Pedro Nunes), Serviço de Pediatria (diretora: Dr^a Helena Loureiro), Departamento da Criança e do Jovem (diretora: Dr^a Graciete Bragança), Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Introdução

A doença invasiva por *Streptococcus* do grupo A (SGA) caracteriza-se pela infeção de locais habitualmente estéreis. A incidência ronda 1-3 casos por cada 100000 habitantes, tendo aumentado nos últimos 2 anos. A gravidade dos casos tem também aumentado, associando-se a uma maior mortalidade.

Descrição do caso

Caso 1: 3 anos, sexo masculino, saudável, recorreu ao SU no 1º dia de sinais inflamatórios do joelho direito, e 4º dia de febre, cervicalgia e otalgia esquerda. Diagnóstico de varicela 10 dias antes. Analiticamente: leucócitos 16600/L, PCR 17 mg/dL. Artrocentese do joelho compatível com artrite séptica, com PCR multiplex positiva para SGA. TC e ecografia cervical com trombo na veia jugular interna esquerda. Ecografia torácica com dois focos sépticos pulmonares à direita. Isolamento de SGA na hemocultura. Ecocardiograma sem alterações. Ao longo do internamento evoluiu com artrite séptica multifocal: cotovelo esquerdo, tibiotársica direita, joelho direito, mão direita (com abscesso drenado) e coxofemoral direita. Cumpriu 38 dias de antibioterapia total com betalactâmico associado a clindamicina durante 11 dias, e 31 dias de anticoagulação com enoxaparina de baixo peso molecular (HBPM). 30 dias após a alta mantinha claudicação da marcha embora sem alterações ao exame osteoarticular.

Caso 2: 14 anos, sexo masculino, saudável, recorreu ao SU no 2º dia de toracalgia e gonalgia direita e no 7º dia de febre, cefaleias e diarreia. Analiticamente: leucócitos 11900/L, PCR 20 mg/dL. Artrocentese compatível com artrite séptica, sem isolamento de agente. TC tórax com tromboembolismo pulmonar segmentar posterobasal esquerdo e várias lesões nodulares cavitadas dispersas bilateralmente. Ecocardiograma sem alterações. Hemocultura com isolamento de SGA. Verificou-se boa evolução clínica tendo cumprido 31 dias de betalactâmico associado a 13 dias clindamicina EV. Realizou 11 dias de HBPM e 3 meses de rivaroxabano. Assintomático 30 dias após a alta.

Discussão/conclusão

Perante evidência de embolização séptica multifocal por SGA deve excluir-se a Síndrome de Lemierre, uma entidade rara cuja incidência ronda 14 casos por cada 1000000 habitantes. Tal como efetuado no primeiro caso, no segundo caso devia ter sido excluída tromboflebite da veia jugular. A anticoagulação permanece um tópico de debate, pelo que a decisão de a iniciar deve permanecer individualizada.

PAS-20

E a doença não invasiva a *Streptococcus pyogenes*?

Catarina Albuquerque, Madalena Afonso, Marta Figueiredo, Mariana Eiras Dias, Rita Belo Morais
Hospital de São Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

Introdução e objetivos

Desde setembro de 2022 a Europa assistiu a um aumento do número de casos de doença invasiva a *Streptococcus* do grupo A (SGA). Os dados relativos à doença não invasiva neste período são limitados. Procurou-se avaliar a epidemiologia da doença não invasiva por SGA, em dois períodos homólogos de 2021-2023.

Metodologia

Estudo observacional retrospectivo, com análise descritiva, dos casos observados no Serviço de Urgência (SU) de um hospital de nível II, com teste diagnóstico antigénico rápido (TDAR) de SGA no exsudado faríngeo positivo, em dois períodos: setembro de 2021 a fevereiro de 2022 (período I) e setembro de 2022 a fevereiro de 2023 (período II). Excluídos os casos de doença invasiva.

Resultados

O número de admissões no SU no período I e II foi de 17 570 e 18 886, respetivamente. No período I foram efetuados 1137 TDAR de SGA, 139 positivos (12,2%) e no período II, 2357 TDAR, 563 positivos (24%). Não se identificaram casos de doença invasiva. A idade mediana dos casos positivos no período I e II foi de 5 (âmbito interquartil (AIQ) 4-11) e 7 anos (AIQ 4-8), respetivamente. As manifestações de infeção a SGA foram amigdalite (no período I: n= 124, 89%; no período II: n=465, 82,5%) e escarlatina (no período I: n=13, 9,4% e no período II: n=99, 17,6%). No período II verificaram-se 6 coinfeções (SARS-CoV-2; pneumonia por *Adenovirus*, *Rhino/Enterovirus* e *Vírus Sincicial Respiratório*; laringite; bronquiolite, varicela e gastroenterite), duas das quais motivaram internamento.

Discussão/conclusão

Verificou-se um aumento do número de casos de infeção aguda a SGA no período II (2022-2023). Embora não tenham sido demonstrados casos de doença invasiva, a sua maior incidência a nível nacional e internacional poderá ter justificado um acréscimo no pedido de TDAR. Neste período, a distribuição de idades foi menos dispersa, apesar do pico de incidência ter sido semelhante. Verificou-se um aumento de casos de escarlatina, embora provavelmente subvalorizados pelos diagnósticos clínicos. Não se demonstrou maior incidência de amigdalite aguda. No período II, as coinfeções foram mais frequentes, podendo justificar, em alguns casos, maior gravidade de doença, com necessidade de internamento.

22 setembro - 08h - Sala Ignis

PAS-21

***Clostridium difficile* – casuística de 10 anos num hospital distrital**

Ana Rita Jesus¹, Diana Gonçalves², Elisete Garcia³, Elsa Hipólito², Maria Manuel Flores²

1-Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Hospital Pediátrico; 2-Serviço de Internamento de Pediatria, Centro Hospitalar do Baixo Vouga; 3-Serviço de Patologia Clínica, Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução e objetivos

Clostridium difficile (*C. diff*) é um bacilo produtor de toxinas, responsável por diarreia infecciosa grave, rara em crianças, mas de incidência a aumentar. A pesquisa de toxina é usada no diagnóstico, não diferenciando, doença de colonização. O objetivo deste trabalho foi caracterizar o diagnóstico e incidência de *C. diff* nos últimos 10 anos, num hospital distrital.

Metodologia

Estudo retrospectivo descritivo com análise de todos os testes de pesquisa de toxina de *C. diff* realizados de janeiro/2013 a janeiro/2023. Informação recolhida através de consulta de processo informático.

Resultados

Foram realizados 73 testes de pesquisa de toxina de *C. diff* nos últimos 10 anos. 67.1% das crianças era do sexo masculino, com mediana de idade de 4,15 anos (39 dias a 17 anos e 11 meses). 63.01% foram realizados em urgência, seguindo-se internamento (21.9%) e consulta (15.1%). Todos apresentavam sintomas gastrointestinais, sendo diarreia o mais frequente (86.3%), de duração média 26.58 dias (3h a 2 anos). O diagnóstico final mais frequente foi gastroenterite sem agente identificado (37.0%). 23 crianças (31.5%) apresentavam fatores de risco (FR) para infeção por *C. diff*, sendo antibioterapia prévia o mais frequente (16.4%).

5 (6.8%) crianças testaram positivo, mas apenas 2 (2.7%) foram consideradas infetadas. As 3 crianças colonizadas tinham < 2 anos, apresentando os diagnósticos finais de bronquiolite aguda, gastroenterite aguda por norovírus e sem doença (mãe com infeção por *C. diff*). Sendo colonizações, nenhuma realizou tratamento, com resolução posterior dos sintomas.

2 crianças apresentaram infeção por *C. diff*, uma em dezembro/2022 e outra em janeiro/2023. O primeiro caso, um rapaz de 16 anos, apresentava diarreia com 11 dias de duração, com sangue, muco e dor abdominal. Realizara tratamento com amoxicilina recente. O segundo caso, uma menina de 5 anos, apresentava diarreia com 15 dias de evolução, perda de peso (2kg), sem FR. Ambos realizaram tratamento com metronidazol, ficando assintomáticos às 48h e 72h de antibioterapia, respetivamente.

Discussão/conclusão

A infeção por *C. diff* é rara em idade pediátrica podendo, contudo, apresentar graves consequências. A presença de FR e a clínica devem ser tidos em conta na decisão de realizar testes laboratoriais, uma vez que nenhum distingue infeção de colonização.

PAS-22

Gastroenterites agudas bacterianas num serviço de pediatria

Mário Ribeiro¹, Daniela Araújo¹, Ana Ribeiro¹, Francisca Gomes¹, Luís Albuquerque², Manuela Costa Alves¹

1-Serviço de Pediatria, Hospital de Braga; 2-Serviço de Patologia Clínica, Hospital de Braga

Introdução e objetivos

A gastroenterite aguda (GEA) bacteriana é um motivo frequente de observação no serviço de urgência pediátrico, sendo uma importante causa de morbidade, por vezes com necessidade de internamento.

O objetivo deste trabalho é caracterizar as GEA bacterianas etiológica e epidemiologicamente, avaliar a taxa de resistência aos antibióticos e o impacto da pandemia na sua incidência.

Metodologia

Estudo retrospectivo de doentes com diagnóstico de GEA bacteriana num hospital terciário entre janeiro de 2012 e dezembro de 2022.

Resultados

Foram obtidas 770 coproculturas positivas, com uma idade mediana de 2.5 anos, com predomínio do sexo masculino (58.8%). Os grupos de bactérias mais frequentemente isoladas foram o *Campylobacter* (68%), seguido da *Salmonella* (33.5%) e a *Yersinia* (23%). Os sintomas de apresentação mais comuns foram a febre (73.8%), vômitos (52.7%) e diarreia sanguinolenta (41%). Foi necessário o internamento em 23% dos casos. Apesar do aumento progressivo de coproculturas positivas, a taxa de internamento por ano manteve-se estável ao longo dos 11 anos. Nos últimos 5 anos registou-se um aumento significativo da incidência de *Campylobacter* (2012 a 2016: 19 casos/ano; 2017 a 2022: 73 casos/ano), com maior expressão durante os anos da pandemia. Em contrapartida, o número de casos de GEA a *Salmonella* no mesmo período de tempo manteve-se estável (2012 a 2016: 16.2 casos/ano; 2017 a 2022: 16 casos/ano). Em relação à sazonalidade da doença, a variabilidade de GEA bacteriana foi semelhante ao longo dos anos com pico de incidência entre julho e setembro. A *Salmonella typhimurium* revelou taxa de resistência de 62.5% à ampicilina e 12,5% ao trimetoprim/sulfametoxazol. Não se evidenciou resistência da *Salmonella enteritidis* à ampicilina.

Discussão/conclusão

O *Campylobacter* e a *Salmonella* continuam a ser os agentes mais frequentes nas GEA bacterianas, embora com diferente prevalência. Esta casuística corrobora a tendência crescente de GEA a *Campylobacter* na Europa, com predomínio nos primeiros anos de vida. Ao contrário de outras doenças infecciosas, a GEA a *Campylobacter* demonstrou um aumento significativo durante a pandemia COVID-19.

PAS-23

Nas entrelinhas de uma gastroenterite prolongada - um caso de infecção a *Ascaris lumbricoides*

Beatriz Henriques, Sofia Grilo, Francisca Costa, Paula Correia
Serviço de Pediatria, Hospital Prof Dr. Fernando Fonseca, EPE

Introdução

Ascaris lumbricoides é o maior nemátode intestinal capaz de hospedar o ser humano. A infecção por este agente é uma das infecções helmínticas mais comuns globalmente, sobretudo em zonas tropicais, e é maioritariamente assintomática.

Descrição do caso

Sexo feminino, 21 meses, natural de São Tomé e Príncipe (STP). Desde os 8 meses, diversos episódios de diarreia com febre tratados sintomaticamente e de parasitoses medicadas com mebendazol.

Oito dias antes do internamento iniciou diarreia sanguinolenta e febre não quantificada. Observada em STP, teve alta com medicação que desconhecia. Quatro dias antes do internamento viajou para Portugal. Por iniciar vômitos foi levada ao Serviço de Urgência. Sem outros sintomas ou contexto epidemiológico. Convive com gato de estimação. Na observação inicial, sem alterações a destacar. Analiticamente: anemia microcítica hipocrômica e parâmetros inflamatórios aumentados, sem eosinofilia. Apurada sintomatologia de pica com meses de evolução.

Foi internada para vigilância e investigação. Por agravamento de parâmetros inflamatórios, iniciou ceftriaxona, que cumpriu 7 dias. Visualizadas lombrigas nas fezes e confirmada laboratorialmente *Ascaris lumbricoides*. Investigação realizada: radiografia tórax com imagem compatível com parasita no lobo superior esquerdo; ecografia abdominal com imagens tubulares hiperecogénicas homogéneas, em ansas do intestino delgado, compatíveis com múltiplos parasitas; TC-CE sem alterações. Observada por Oftalmologia: visualizada imagem suspeita de parasita na fóvea do olho direito; Angiografia evidenciou duas lesões na mácula direita, sem rasto parasitário. Anticorpo anti *ascaris lumbricoides* positivo e IgE aumentada. Coproculturas negativas. Serologias VIH, Hepatite A, B e C e IGRA negativos.

A doente e conviventes cumpriram 1 toma de albendazol. Alta ao 10º dia com indicação para suplementação marcial e encaminhada às consultas de Infeciologia e Oftalmologia. À posteriori, *anticorpo Toxocara spp - Larva Migrans* visceral positivo, pelo que foi medicada com albendazol 5 dias.

Discussão/conclusão

Embora maioritariamente assintomática, esta infecção pode apresentar complicações importantes, principalmente se carga parasitária elevada. Em países com elevada endemicidade, as infecções por parasitas podem ser recorrentes, sendo mesmo recomendado o tratamento periódico das mesmas. Neste caso, a anemia ferropénica causada pela infecção desencadeou sintomas de pica que, provavelmente, perpetuaram a reinfeção. As co-infecções por parasitas, embora raras, devem ser investigadas em doentes provenientes de países endémicos.

PAS-24

Transição de terapêutica endovenosa para terapêutica oral nas infeções intracranianas em idade pediátrica: como e quando?

Rita Sousa,^{1,2} Marta Andrade,¹ Joana Jonet,^{1,3} Samuel Lemos,⁴ Filipa Prata,^{1,5} Vítor Oliveira,⁶ Maria Manuel Santos,⁴ José Gonçalo Marques^{1,5}

1-Unidade de Infeciologia e Imunodeficiências, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE, Lisboa, Portugal; 2-Serviço de Pediatria, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal; 3-Departamento de Pediatria, Hospital de Cascais Dr. José de Almeida, Cascais, Portugal; 4-Departamento de Neurocirurgia, Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal; 5-Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal; 6-Departamento de Otorrinolaringologia, Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

Introdução

As complicações intracranianas da sinusite aguda bacteriana, como empiema subdural e abscesso cerebral, são raras, mas apresentam significativa morbidade com risco significativo de sequelas neurológicas graves. A duração total da antibioticoterapia varia entre quatro e oito semanas, não estando bem estabelecido o momento de transição para a terapêutica oral.

Descrição dos casos

Apresentamos quatro doentes, com idades compreendidas entre sete e catorze anos, com empiema subdural e/ou abscesso cerebral secundário a sinusite aguda bacteriana, nos quais a transição para a antibioticoterapia oral foi realizada entre o 14^o e o 21^o dia de antibioticoterapia endovenosa. Em todos os casos, foi realizada intervenção otorrinológica e neurocirúrgica, o agente etiológico foi identificado e a resolução clínica foi alcançada. Foram utilizados *per os* cloranfenicol, levofloxacina e linezolid. Num dos doentes suspendeu-se o cloranfenicol no contexto de pancitopenia ligeira e elevação de lactatos, com rápida recuperação.

Discussão/conclusão

Nestes quatro casos a transição para antibioticoterapia oral foi eficaz tendo a mais precoce ocorrido após 14 dias de terapêutica endovenosa. Permitiu altas mais precoces e deve ser considerada após drenagem cirúrgica eficaz, controlo da infeção, melhoria imagiológica e tolerabilidade confirmada a antibióticos orais adequados.

PAS-25

Infeções osteoarticulares – que fatores podem estar associados a instituição de terapêutica mais tardia?

Inês Paiva Ferreira, Diana Alba, Mafalda Moreira, Rita Calejo, Jorge Abreu Ferreira
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Penafiel, Porto

Introdução e objetivos

As infeções osteoarticulares (IOA) em idade pediátrica constituem uma entidade potencialmente grave. Alguns autores sugerem que o início de tratamento >3dias após o início de sintomas pode estar associado a maior risco de complicações a longo prazo. Este trabalho tem como objetivo identificar fatores de índole clínica, analítica e imagiológica passíveis de influenciarem o timing de diagnóstico e instituição terapêutica.

Métodos

Estudo observacional retrospectivo analítico dos doentes (1mês-18anos) com IOA internados num hospital nível II entre 2012-2021. Centrou-se a análise nos doentes que se apresentaram no serviço de urgência (SU) até D3 de sintomatologia, dividindo-os em dois grupos: Grupo1–doentes com instituição de tratamento até D3, Grupo2–doentes com instituição de tratamento após D3.

Resultados

Das 27 IOA, 23(85.2%) apresentaram-se no SU até D3: 16(59.3%) do Grupo1 e 7(30.4%) do Grupo2. Em ambos os grupos, existiu predomínio do sexo masculino e idade ≥ 5 anos, sendo a osteomielite a IOA mais prevalente, seguida da artrite séptica. Clinicamente, o Grupo1 apresentou uma tendência não estatisticamente significativa para maior prevalência de febre(81.3%vs.42.9%, $p=0.091$) e sinais inflamatórios(50%vs.0%, $p=0.052$) à apresentação. A dor e limitação funcional apresentaram elevada prevalência em ambos os grupos (>90% e >85%, respetivamente). No Grupo2, 5 (71.4%) apresentavam na anamnese fatores confundidores de diagnóstico (trauma e infeção vírica recente). Analiticamente, a maioria dos doentes de ambos os grupos não tinha leucocitose mas apresentava elevação da VS e PCR, com tendência para maior elevação da PCR no Grupo1. Foi realizada radiografia na maioria dos doentes de ambos os grupos, revelando alterações em apenas 1 caso. Relativamente à ecografia e tomografia computadorizada, a análise comparativa não foi executada dado que estas foram realizadas em apenas um doente do Grupo2.

Discussão/conclusão

Apesar da limitação do tamanho amostral, parece existir uma tendência não estatisticamente significativa para uma instituição de tratamento mais precoce nos doentes que se apresentam com febre, sinais inflamatórios e elevação superior da PCR. Doentes cujo início de terapêutica foi mais tardio apresentam frequentemente fatores confundidores que, em conjunto com a baixa prevalência de sinais clínicos, podem tornar o diagnóstico atempado mais difícil, pelo que o diagnóstico de IOA exige um elevado grau de suspeição clínica.

PAS-26

Perfil de resistência da *Escherichia coli* ao cefuroxime - a realidade de um hospital de nível I

Daniela Guimarães, Inês Viegas, Joana Ribeiro, Maria Manuel Zarcos
Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Leiria

Introdução e objetivos

As infeções do trato urinário (ITU) são infeções bacterianas comuns em idade pediátrica. O principal agente etiológico é a *Escherichia coli* (*E. coli*). O cefuroxime é um dos antibióticos de primeira linha para o seu tratamento.

O principal objetivo deste estudo foi avaliar o perfil de resistência da *E. coli* ao cefuroxime nos últimos anos.

Métodos

Estudo retrospectivo descritivo através da consulta dos processos dos utentes com idade entre os 0 meses e os 18 anos com diagnóstico de ITU a *E. coli* observadas no serviço de Pediatria, nos períodos de abril/19 a abril/20 (grupo 1) e abril/22 a abril/23 (grupo 2). Os dados foram analisados recorrendo ao SPSS® ($\alpha=0,05$).

Resultados

Obtivemos uma amostra total de 443, sendo 256 do grupo 1 e 182 do grupo 2. A mediana de idade foi de 2 anos no grupo 1 e 4 anos no grupo 2, eram do sexo feminino 77% vs 79%. O diagnóstico foi de pielonefrite 73% vs 55% e de cistite 27% vs 45% nos grupos 1 vs grupo 2.

Existiam alterações genitourinárias em 21.1% dos doentes no grupo 1 e 15.5% no grupo 2. Tinham antecedentes de ITU 12% dos doentes em ambos os grupos e realizavam profilaxia antibiótica 2,3% vs 3.2%.

Houve resistência ao cefuroxime em 3,5% no grupo 1 e 8.6% no grupo 2 ($p=0,023$) e ao cefuroxime axetil 3,5% no grupo 1 e 7,5% no grupo 2 ($p=0,063$). Alterou-se antibioterapia em 5% dos doentes com estirpes sensíveis ao cefuroxime axetil e em 21,7% das resistentes ao mesmo ($p<0.001$).

Discussão/conclusão

Na nossa amostra, verificou-se um aumento estatisticamente significativo da resistência ao cefuroxime do grupo 1 para o grupo 2, não se verificando, no entanto, para o cefuroxime axetil. Houve uma necessidade superior de modificar a antibioterapia nas estirpes resistentes. Desta forma, deve-se ponderar a utilização de outros antibióticos que não cefuroxime como terapêutica empírica na pielonefrite.

PAS-27

Hidrocefalia obstrutiva por tuberculoma em doente com tuberculose pulmonar - um caso clínico

João Pedro Valente¹, Catarina Ferreira Nunes¹, Marta Abreu Andrade², Maria Manuel³, Francisca Costa¹, Paula Correia¹

1-Serviço de Pediatria (Direção: Dr^a Helena Cristina Loureiro), Departamento da Criança e do Jovem (Direção: Dr^a Graciete Bragança), Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.; 2- Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria (Direção: Dr^a Maria Celeste Barreto), Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; 3-Departamento de Neurocirurgia (Direção: Dr José Manuel Miguens), Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Introdução

Aproximadamente 1 a 5% dos doentes com tuberculose apresentam complicações do sistema nervoso central por disseminação pós-primária, prevalência que aumenta se oriundos de áreas endémicas ou imunodeprimidos.

Caso clínico

Criança do sexo feminino, 13 anos, natural do Paquistão, residente em Portugal há 3 anos. Previamente saudável, sem antecedentes familiares relevantes.

Recorreu ao SU por quadro intermitente de tosse com expectoração, febre, vômitos, astenia e suores noturnos com um mês de evolução. Do estudo etiológico, destacava-se: radiografia tórax sem alterações pleuroparenquimatosas, IGRA positivo e serologia VIH negativa; pesquisa PCR *Mycobacterium tuberculosis* positiva; exame direto (Ziehl-Neelsen) com presença de bacilo álcool-ácido resistente e isolamento em cultura de *M. tuberculosis* sensível aos antibióticos de primeira linha: rifampicina, isoniazida, etambutol e pirazinamida (juntamente com piridoxina).

A pesquisa de doença disseminada com rastreio oftalmológico revelou edema do disco ótico bilateral, sem evidência de tubérculos coroídeos.

Realizou tomografia computadorizada crânio-encefálica com redução da densidade da substância branca da fossa posterior e sinais indiretos de hipertensão intracraniana: aumento da amplitude do sistema ventricular supra-tentorial e síndrome de Arnold-Chiari Tipo I.

A ressonância magnética (RM-CE) revelou múltiplas lesões nodulares captantes de contraste que determinavam colapso do IV ventrículo e hidrocefalia, compatíveis com tuberculomas.

Iniciou dexametasona e foi submetida a ventriculostomia endoscópica. Sem alterações no citoquímico do líquido cefalorraquidiano; exames direto, bacteriológico, micológico e PCR negativos.

À data de alta, realizou RM-CE sem sinais de hidrocefalia e diminuição das lesões com descompressão ventricular. Manteve seguimento em consulta e toma de medicação sob observação direta.

Os contactos diretos foram rastreados, destacando-se irmão de 10 anos com prova tuberculínica e IGRA positivos, assintomático e radiografia de tórax sem alterações.

Discussão/conclusão

A apresentação clínica dos tuberculomas é silenciosa e gradual, podendo atingir dimensões consideráveis na ausência de inflamação meníngea, podendo ou não associar-se a tuberculose meníngea. O seu diagnóstico exige elevado nível de suspeição, destacando-se a importância de observar o fundo do olho e excluir hipertensão intracraniana. Dada a possibilidade de herniação cerebral é fundamental uma atuação rápida, multidisciplinar e dirigida para prevenir complicações.

PAS-28

Quisto de Tornwaldt – Um diagnóstico incomum, com uma forma de apresentação atípica

Ana Machado da Cunha¹, Inês Mazedo¹, Diogo Cunha Cabral², Carolina Gonçalves¹

1-Centro Hospitalar Póvoa de Varzim e Vila do Conde; 2-Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução

O Quisto de Tornwaldt é raro em idade pediátrica. É geralmente benigno e tipicamente assintomático, sendo frequentemente um achado incidental em exames imagiológicos, não necessitando de qualquer intervenção terapêutica. Porém, pode infectar, causando rinorreia posterior, halitose, cefaleias occipitais, entre outros.

Descrição do caso

Criança, sexo masculino, 9 anos, antecedentes pessoais irrelevantes. Antecedentes familiares de irmã, 4 anos, com história de lipotímia/síncope. Trazido ao Serviço de Urgência (SU) por dois episódios de lipotímia nesse dia. O primeiro episódio ocorreu após urinar e o segundo após dejejção, ambos com duração inferior a 1 minuto.

Adicionalmente, na anamnese, referia rinorreia anterior e obstrução nasal desde há 5 dias e cefaleia holocraniana desde há um dia. Negava febre.

À admissão encontrava-se apirético, hemodinamicamente estável, com memória para o sucedido, sem alterações ao exame objetivo ou neurológico sumário.

Realizou eletrocardiograma normal. Analiticamente apresentava $42.58 \times 10^9/L$ leucócitos (88,7% Neutrófilos) e PCR 1,89mg/dL. Restante estudo analítico, incluindo Mioglobina, Creatinaquinase total, Troponina e D-Dímeros, sem alterações. Ecografia abdominal, ecocardiograma e radiografia torácica sem alterações. Realizou TC-crânio, sem evidência de lesão vascular aguda, porém, revelando formação ovalar hipodensa no teto da nasofaringe, sugerindo quisto de Tornwaldt.

Foi observado por ORL, objetivando-se hipertrofia adenoideia marcada, com exsudado purulento. Foi colocada a hipótese de quisto de Tornwaldt infectado vs adenoidite em doente com quisto de Tornwaldt, pelo que iniciou antibioterapia endovenosa (ev) com ceftriaxone.

Durante permanência no SU desenvolveu edema e eritema palpebral superior do olho direito, colocando-se a hipótese de celulite pré-septal direita, pelo que se associou flucloxacilina EV.

Em D5 internamento realizou RMN-CE, que confirmou possível quisto de Tornwaldt., e o estudo complementar por TC mostrou sinais de possível otomastoidite bilateral e sinusopatia etmoidal esquerda.

Cumpriu 8 dias de antibioterapia EV e 8 dias de antibioterapia oral. Teve alta, encaminhado para consulta externa de ORL.

Discussão/conclusão

O caso descrito alerta para um diagnóstico incomum e para uma forma de apresentação atípica-lipotímia, uma entidade pouco comum em pediatria. O quisto de Tornwaldt infectado, pela semelhança da apresentação clínica e dos achados do exame objetivo, é frequentemente confundido com adenoidite aguda. Os exames de imagem ajudam na distinção entre estas entidades clínicas, auxiliando a posterior orientação terapêutica.

PAS-29

Um raro caso de molusco contagioso neonatal

Lisa Pereira Soares¹, Beatriz Pedreira¹, Bárbara Pereira², Amélia Cavaco²

1-Serviço de Pediatria, Hospital Central do Funchal; 2-Hospital Particular da Madeira

Introdução

O molusco contagioso é uma infeção cutânea viral benigna, frequente em idade escolar, com afeção da pele e mucosas, sendo o tronco e membros as regiões mais frequentemente afetadas.

Descreve-se de seguida um raro caso de apresentação neonatal.

Descrição do caso

Lactente do sexo feminino, com 6 semanas de vida, sem antecedentes pessoais relevantes, apresenta-se na consulta de Pediatria por múltiplas lesões tipo pápula, com centro umbilicado, não coalescentes, dispersas no couro cabeludo com 2-3 semanas de evolução.

Mãe com lesões de características semelhantes na região perineal e nadegueira durante a gravidez, tendo sido realizado parto por via vaginal, com recurso a ventosa.

Realizada dermatoscopia das lesões da lactente que revelou alterações compatíveis com molusco contagioso, tendo sido referenciada à consulta de cirurgia pediátrica para eventual curetagem, dado os fármacos disponíveis serem *off-label* para esta idade.

Discussão/conclusão

Este caso clínico ilustra a transmissão vertical, através do canal de parto, do vírus responsável pelo molusco contagioso que, embora rara, se encontra descrita na literatura.

A apresentação congénita/neonatal cursa habitualmente com lesões no couro cabeludo, estando indicada a análise histológica das lesões para o seu diagnóstico definitivo. O quadro é de carácter benigno e resolve habitualmente de forma espontânea ao final de meses a anos.

Com este caso clínico pretende-se alertar para esta hipótese diagnóstica perante a presença de pápulas múltiplas ou isoladas no couro cabeludo nos primeiros meses de vida, com vista ao seu tratamento atempado e tranquilização parental.

22 setembro - 08h - Sala Aer

PAS-30

Como “facilitar” a terapêutica de substituição em imunodeficiências

Carolina Curto, Carolina Fraga, Helena Nascimento, Rosa Nunes, Alexandre Fernandes, Carla Teixeira, Laura Marques

Unidade de Infeciologia e Imunodeficiências, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário de Santo António (CHUdSA)

Introdução

A imunoglobulina subcutânea facilitada (IGSCf) é uma formulação para terapêutica de substituição em imunodeficiências que se caracteriza por associar à imunoglobulina humana normal um agente que aumenta a permeabilidade dos tecidos (hialuronidase humana recombinante). A IGSCf permite a administração de maior volume de fármaco face à forma subcutânea convencional, possibilitando maior intervalo entre administrações. O uso de IGSCf já está bem estabelecido em alguns países, incluindo em doentes pediátricos; contudo, em Portugal a experiência é limitada.

Descrição do caso

Descrevemos o caso de uma adolescente de 16 anos, natural da Colômbia e a residir em Portugal desde há 6 meses, com o diagnóstico de imunodeficiência comum variável aos 9 anos. No país de origem já efetuava terapêutica de substituição com IGSCf, 30 gramas mensalmente, com bons resultados. À data da primeira consulta no nosso hospital, encontrava-se há 3 meses sem terapêutica com imunoglobulina e apresentava hipogamaglobulinemia (IgG 410 mg/dL, com diminuição marcada de IgA e IgM), sem ocorrência de infeções graves nesse período. Realizou-se a primeira administração de IGSCf sob monitorização em hospital de dia, sem ocorrência de reações adversas locais ou sistémicas. Atualmente mantém terapêutica com 30 gramas de IGSCf mensalmente (500 mg/kg), com normalização do valor de IgG (915 mg/dL no último controlo analítico).

Discussão/conclusão

Trata-se da primeira doente pediátrica no nosso hospital a receber terapêutica de substituição com IGSCf, cuja eficácia e tolerância estão demonstradas em vários estudos. A IGSCf partilha as vantagens da formulação convencional, mas colmata os seus inconvenientes, nomeadamente a maior frequência de administração e a necessidade de múltiplos locais de infusão. No futuro, esperamos estender a utilização de IGSCf a outros doentes pediátricos e assim melhorar a qualidade de vida destas famílias.

PAS-31

Terapêutica de substituição com imunoglobulina subcutânea: experiência do hospital de dia de pediatria

Helena Nascimento

Hospital de Dia de Pediatria do Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN)

Introdução

As Imunodeficiências Primárias (IDP) são defeitos genéticos hereditários que afetam os diferentes componentes do sistema imunitário, resultando numa maior suscetibilidade a infeções. A terapêutica de substituição com Imunoglobulina G (IgG) está indicada nas deficiências de anticorpos e combinadas. Desde 2007 que o nosso centro iniciou a administração de IgG subcutânea, em detrimento da IgG endovenosa, atendendo às vantagens que apresenta, tais como: não necessitar de acesso venoso, manter níveis de IgG estáveis, redução de infeções, menor taxa de reações adversas e a possibilidade de realização no domicílio.

Objetivos

Este trabalho visou partilhar a experiência do nosso centro no ensino da administração de Imunoglobulina subcutânea.

Metodologia

Estudo retrospectivo, transversal das crianças com IDPs em programa de terapêutica de substituição com IgG subcutânea no domicílio, do hospital de dia de Pediatria, no Centro Materno-Infantil do Norte, entre Janeiro de 2007 e Agosto de 2023. Através da consulta dos processos clínicos, caracterizou-se a população quanto ao sexo, idade de início, tempo de tratamento, tipo de Imunodeficiência e área de residência.

Resultados

Dos 26 utentes que iniciaram terapêutica de substituição com Imunoglobulina subcutânea no domicílio, 68% eram do sexo masculino. Em relação à idade de início da terapêutica, variou entre 1–18 anos.

Cerca de 62% dos doentes residem fora do distrito do Porto.

Relativamente ao tipo de IDP, a Agamaglobulinemia ligada ao X é a mais prevalente (46,15%).

O número de deslocações ao Hospital foi reduzido de uma média de 12/ano para uma média de 4/ano. O número de horas de permanência no hospital foi reduzido de cerca de 80 horas/ano para cerca de 4 horas/ano.

Verificou-se 1 reação sistémica em 1 utente, que não condicionou a interrupção da terapêutica.

Apenas 1 doente interrompeu o tratamento por questões estéticas.

Ademais, todos os doentes e famílias avaliaram positivamente esta modalidade de tratamento.

Discussão/conclusão

A terapêutica de substituição com imunoglobulina subcutânea tem benefícios para a qualidade de vida da criança/família, reduzindo o número de deslocações e o número de horas de permanência no hospital. Os efeitos adversos são raros. É promovida a autonomia da criança/família e a flexibilização do horário na administração da terapêutica.

PAS-32

Consulta pediátrica de rastreio infeccioso pré-terapêutica imunossupressora: 3 anos de experiência

Tatiana Moreira¹, Margarida Tavares^{1,2}, Ana Reis e Melo^{1,2,3}

1-Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário de São João; 2-Unidade de Infeciologia Pediátrica, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário de São João; 3-Departamento de Biomedicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução e objetivos

A terapêutica imunossupressora aumenta a suscetibilidade às infeções, pelo que a prevenção e gestão dos riscos são cruciais para sua prevenção. Pretende-se descrever os parâmetros demográficos e clínicos, rastreios, vacinação e terapêutica efetuada da consulta pediátrica de rastreio infeccioso pré-terapêutica imunossupressora.

Metodologia

Estudo retrospectivo descritivo da consulta pediátrica de rastreio infeccioso pré-terapêutica imunossupressora de um hospital terciário de janeiro/2020 a dezembro/2022.

Resultados

Do total de 60 doentes: 60% do sexo feminino e mediana de idade de 12 anos (min 0, máx 17). As principais patologias que motivaram a imunossupressão foram uveíte (13%), psoríase (10%), artrite idiopática juvenil (8%), esclerose múltipla (7%), doença associada ao anti-MOG (5%), alopecia areata (5%), artrite psoriática (5%) e dermatite atópica (5%). A maioria dos doentes apresentou seguimento multidisciplinar, particularmente na Reumatologia (28%), Oftalmologia (23%), Dermatologia (14%), Neurologia (12%) e Cardiologia (12%). Os agentes biológicos (32%), citostáticos (32%) e glucocorticóides (23%) foram os imunossupressores mais frequentemente propostos. Verificou-se que 47% das crianças viviam em meio rural e com contacto com animais não vacinados/desparasitados em 27%, consumo de água não canalizada em 13%, produtos láteos não pasteurizados em 3% e carne de produção própria em 17%. Viagens fora da Europa em 8% das crianças. Relativamente ao rastreio infeccioso, duas crianças apresentaram IGRA positivo, 13 sem imunidade para o sarampo e 14 sem imunidade para o VVZ. Profilaxia anti-*Pneumocystis* em 4 crianças. Todos os doentes apresentaram PNV atualizado e 82% vacinas extra-PNV.

Discussão/conclusão

Esta consulta pretende estabelecer-se como apoio às várias especialidades no seguimento do doente complexo sob terapêutica imunossupressora. Pelo risco infeccioso elevado, este rastreio deve ser realizado preferencialmente antes do início da terapêutica e de forma protocolada.

PAS-33

Consulta Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) na adolescência – Fantasia vs. realidade?

Diana Alba^{1,2}, Carolina Castro^{1,3}, Inês Ventura^{1,4}, Teresa Monteiro^{1,5}, Cátia Caldas⁶, Carolina Faria¹, Ana Reis Melo¹, Margarida Tavares¹

1-Unidade de Doenças Infeciosas e Imunodeficiências, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário de São João; 2-Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa; 3-Serviço de Pediatria, Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos; 4-Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho; 5-Serviço de Pediatria, Hospital de Faro; 6-Serviço de Doenças Infeciosas, Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução e objetivos

A Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) é um método seguro e eficaz na diminuição do risco de aquisição de VIH por via sexual, com aprovação pela Agência Europeia do Medicamento em adolescentes acima dos 12 anos. Em Portugal, apenas está aprovada em grupos de risco acima dos 18 anos. O número de novas infeções VIH tem vindo a diminuir globalmente, em virtude das várias medidas terapêuticas e profiláticas instituídas, apesar de estar aquém das metas traçadas pelas UNAIDS. De acordo com relatório conjunto DGS/INSA os novos casos de infeção VIH diagnosticados em 2020 e 2021 na faixa etária 15-29 anos corresponde a 25,2% do total.

Com este trabalho, pretendemos alertar para o risco de transmissão de IST durante a adolescência e para a importância da implementação de estratégias preventivas neste grupo etário

Descrição

Apresentam-se 6 casos de adolescentes/jovens adultos do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 17 e 20 anos, referenciados a Consulta especializada de PrEP por relações sexuais sem uso consistente de preservativo, com parceiros com estatuto serológico VIH desconhecido. Todos eram homens que tinham sexo com homens (HSH), com idade de início da atividade sexual antes dos 17 anos, uso inconsistente de preservativo e múltiplos parceiros sexuais. Cinco destes doentes iniciaram PrEP entre os 18 e os 20 anos, com tempo médio sob PrEP de 14 meses (mínimo 3 meses, máximo 3 anos), sem nenhum efeito secundário reportado. Na avaliação e durante o seguimento, foram identificadas e tratadas múltiplas infeções sexualmente transmissíveis (IST), conforme discriminado na tabela 1.

Tabela 1 – Dados clínicos sobre os doentes seguidos em consulta de PrEP

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6
Sexo	Masculino					
Idade 1ª consulta	17	17	18	18	19	20
Modo provável transmissão VIH	HSH					
Idade início AS	16	14	15	15	17	15
Nº parceiros desde início AS	10	10	30	30	3	15
Uso de preservativo	Inconsistente					
IST prévias à 1ª consulta (n)	Não	Não	Não	2	1	1
IST durante seguimento (n)	3	4	9	3	Não	Não
PPE prévia	Não	Não	Não	3 vezes	Não	Não
Início PrEP	Não	18 anos	18 anos	19 anos	19 anos	20 anos
Efeitos secundários PrEP	NA	Não				
Tempo sob PrEP	Não	7 meses	3 anos	3 meses	8 meses	17 meses
Diagnóstico VIH	Não					

Legenda: AS – atividade sexual; HSH – homem que tem sexo com homens; IST – infeção sexualmente transmissível; NA – não aplicável; PPE – profilaxia pós-exposição; PrEP – profilaxia pré-exposição; VIH – Vírus Imunodeficiência Humana

Discussão/conclusão

A implementação da PrEP nestes jovens adolescentes, permitiu não só a diminuição do risco de aquisição de VIH como o diagnóstico e tratamento atempado de outras ISTs.

Os Pediatras poderão ter um papel ativo na identificação de adolescentes com maior risco, facilitando o seu acesso a consultas de PrEP e assim contribuir para a redução da Infeção VIH nos jovens.

PAS-34

Infeção pelo vírus da imunodeficiência humana em adolescente com bicitopenia - um diagnóstico a considerar

Mariana Oliveira Pereira¹, Mário Ribeiro¹, Cláudia Patraquim¹, Margarida Tavares², Manuela Costa Alves¹

1-Serviço de Pediatria, Hospital de Braga; 2-Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução

Os casos de infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) em idade pediátrica estão, na sua maioria, associados a transmissão vertical. Quando há um atraso no diagnóstico ou tratamento, pode manifestar-se sob a forma de infeções oportunistas definidoras de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA).

Descrição do caso

Adolescente de 11 anos, sexo feminino, natural de Angola, a viver entre Portugal e França desde os 2 anos, sem antecedentes de infeções de relevo, foi encaminhada do serviço de urgência para consulta hospitalar para controlo analítico de bicitopenia (Hb 10.2g/dL; leucócitos 3800/uL), em provável contexto de intercorrência infecciosa. Controlo analítico após 8 semanas com manutenção de anemia microcítica/normocrómica (Hb 11.3g/dL), leucopenia (3800/uL), linfopenia (1200/uL) e aumento da velocidade de sedimentação (28mm/h). Estudo analítico anterior ao episódio confirmou a existência de bicitopenia prévia. Associadamente com aparecimento de lesão cutânea no sulco naso-labial direito, de crescimento rápido e aspeto ulcerativo (Anexo). Sem viagens recentes. História familiar de morte materna de causa desconhecida, sem outros antecedentes relatados. Decidido progredir investigação, que revelou infeção pelo VIH tipo 1, com imunossupressão grave (linfócitos T CD4 42/mm³). Internada em hospital de referência para início de tratamento anti-retroviral com dolutegravir, abacavir e lamivudina e rastreio de infeções oportunistas. Realizou biópsia da lesão cutânea que revelou criptococose cutânea, com posterior melhoria após tratamento com fluconazol oral. A posteriori, revelada causa da morte materna por complicações de SIDA e referência a ter sido amamentada por tia materna com infeção pelo VIH.

Discussão/conclusão

A infeção pelo VIH pode apresentar múltiplas manifestações, nomeadamente citopenias, pelo que é imperativo ter um elevado grau de suspeição clínica. Para tal, é essencial uma anamnese detalhada, com particular destaque para o país de origem, antecedentes perinatais e familiares, dados que podem orientar o diagnóstico.

Anexo:



PAS-35

Sífilis congénita num hospital de nível II: 2001-2023

Diana de Carvalho, Ana Sofia Figueiredo, Carolina Quintela, Mafalda Cascais, Lúgia Peralta, Marisa Carvalho, Susana Sousa, Juan Calviño, Marisa Sousa, António Pereira, Isabel Soares
Serviço de Pediatria e Neonatologia, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução e objetivos

A Sífilis Congénita (SC) é uma infeção causada pela bactéria *Treponema Pallidum*, adquirida por transmissão placentária ou através de contacto direto com lesões infeciosas durante o parto, que pode ser prevenida pela correta identificação e tratamento da infeção durante a gravidez. Estudos recentes revelam um aumento da incidência de SC nos últimos anos.

O objetivo deste trabalho foi avaliar a incidência e evolução ao longo dos anos da SC numa Unidade de Neonatologia de um hospital de nível II.

Metodologia

Estudo retrospectivo descritivo dos internamentos por SC no Serviço de Neonatologia de um hospital de nível II da região interior norte de Portugal, entre Janeiro de 2001 e Agosto de 2023, com análise de dados epidemiológicos, laboratoriais e clínicos.

Resultados

Observaram-se 26 internamentos por SC, 12% dos recém-nascidos (RN) eram prematuros, com um peso médio ao nascimento de 3031gr (15% com baixo peso). A idade média materna foi de 30 anos. As gestações foram mal vigiadas em 19% dos casos. Como fatores de risco maternos foram identificados: risco social (35%), consumo de drogas (8%), infeção VIH (4%) e múltiplos parceiros sexuais (4%).

Durante a gravidez foram medicadas 19 grávidas, mas apenas um parceiro; não foi possível obter informação quanto ao tratamento do parceiro em 9 casos. O tratamento materno foi adequado na maioria dos casos, mas não houve comprovativo de cura.

Após a investigação clínica protocolada do RN identificaram-se 8 casos de sífilis comprovada, 16 casos de sífilis possível e 2 casos de sífilis pouco provável.

Relativamente à incidência verificamos que dos 26 RN, 35% dos casos ocorreram nos últimos 5 anos (11% no último ano).

Discussão/conclusão

A incidência de SC tem vindo a aumentar no nosso hospital, tal como reportado na literatura. A ausência de tratamento do parceiro explica a não diminuição de títulos dos testes não treponémicos em grávidas com tratamento adequado, sendo sugestivo de reinfeção. A identificação precoce da infeção e respetivo tratamento da grávida, do parceiro sexual e do RN é essencial para prevenir a mortalidade e diminuir a morbilidade.

PAS-36

Vulvovaginite por *Neisseria gonorrhoeae* em idade pré-púbere

Helena Ferreira¹, Joanna Ashworth¹, Mariana Reis¹, Susana Pinto¹, Carla Teixeira², Laura Marques²
1-Serviço de Pediatria, Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN) - Centro Hospitalar Universitário de Santo António; 2-Unidade de Infecologia e Imunodeficiências, Serviço de Pediatria, Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN) - Centro Hospitalar Universitário de Santo António

Introdução

O abuso sexual é a causa mais frequente de infeção gonocócica em crianças pré-púberes. No entanto, esta infeção pode também raramente transmitir-se pela partilha de toalhas, termómetros retais ou banhos comuns. A vulvovaginite é frequente em idade pré-púbere, sendo maioritariamente de causa não infecciosa, contudo esta é também a manifestação mais comum da infeção por *N. gonorrhoeae*.

Descrição do caso

Criança de 8 anos, sexo feminino, observada no serviço de urgência por aparecimento de prurido e corrimento vaginal, sem odor. Diagnosticada vulvovaginite tendo alta medicada com miconazol tópico e medidas de higiene locais. Por persistência das queixas medicada com clotrimazol. Trazida novamente ao serviço de urgência 15 dias depois por manter sintomas. Ao exame objetivo apresentava eritema vaginal e corrimento esverdeado. Exame bacteriológico de exsudado vaginal com identificação de *Streptococcus agalactiae* e *Neisseria gonorrhoeae*. Excluídas outras infeções sexualmente transmissíveis. Medicada com ceftriaxone endovenoso, com resolução das queixas. Dada a suspeita de abuso sexual, o caso foi comunicado às autoridades competentes e sinalizado ao Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco. A criança negava qualquer contacto sexual. Vivia com os pais, irmã de 19 anos e namorado da irmã, referindo partilha de toalhas entre coabitantes. Irmã de 19 anos com identificação de *N. gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis* em exsudado vaginal.

Discussão/conclusão

O diagnóstico de gonorreia em criança pré-púbere deve levantar a suspeita de abuso sexual, devendo esta ser comunicada às autoridades e investigada adequadamente. Importa salientar que, apesar de raros, existem casos de transmissão por via não-sexual, pelo que o diagnóstico não pode ser assumido como evidência definitiva de abuso. Este caso evidencia a importância de pensar neste diagnóstico mesmo em idade pré-púbere e a dificuldade em estabelecer a via de transmissão, sendo necessária investigação detalhada.

PAS-37

Infeção aguda pelo vírus *Epstein-Barr* – manifestações clínicas e laboratoriais por grupo etário

Catarina Franquelim, Inês Monteiro, Inês Foz, Marta Almeida
Serviço de Pediatria, Hospital Garcia de Orta

Introdução e objetivos

O vírus *Epstein-Barr* (EBV) encontra-se amplamente disseminado. O contacto com o vírus ocorre frequentemente antes dos 5 anos de idade, grupo etário em que a infeção é maioritariamente assintomática ou ligeira. Na adolescência manifesta-se principalmente por mononucleose infecciosa (MI).

Pretendemos descrever manifestações clínicas e laboratoriais de infeção aguda pelo EBV em idade pediátrica, procurando identificar diferenças entre faixas etárias.

Metodologia

Estudo observacional retrospectivo através da consulta de processos clínicos. Incluídos doentes pediátricos sintomáticos e com evidência laboratorial de infeção aguda a EBV (pesquisa de ac. heterófilos positiva ou serologia compatível) no período compreendido entre janeiro de 2018 e setembro de 2022 num hospital de grupo II. Os doentes foram divididos por três grupos etários: GI (1-4 anos); GII (5-9 anos); GIII (≥ 10 anos). Análise estatística com recurso a SPSS. Significância: $p < 0,05$.

Resultados

Identificados 107 doentes, 20 pertencentes ao GI, 20 ao GII e 67 ao GIII. A amigdalite foi mais frequente no GIII (88,1% dos doentes; $p=0,04$). Observou-se maior incidência de esplenomegália nos GI e GII (35% em ambos; $p=0,02$). Não se verificaram diferenças significativas nas incidências de febre, astenia, adenomegalias ou hepatomegália.

Laboratorialmente, o número de doentes com leucocitose, linfocitose, monocitose, ou presença de linfócitos estimulados foi semelhante. A mediana do valor máximo de leucócitos no GI foi 17200/uL (IQR 12715-23850), superior aos restantes grupos ($p=0,04$). No GIII verificou-se maior incidência de doentes com elevação das transaminases, e medianas mais elevadas de ALT e AST, sem significado estatístico. Diagnosticadas hepatites em quatro doentes, todos pertencentes ao GIII.

A proporção de internamentos foi superior no GI, registando-se em 35% dos doentes vs 25% e 11,9% nos GII e GIII, respetivamente ($p=0,05$). Estes foram principalmente motivados pela necessidade de esclarecimento de diagnóstico no GI (57,1%) e por complicações da infeção nos GII e GIII (60% e 40%, respetivamente).

Discussão/conclusão

No presente estudo foram identificados um maior número de adolescentes, o grupo etário mais sintomático. No entanto, a maior percentagem de internamentos registou-se abaixo dos 5 anos, idade em que houve mais dúvidas diagnósticas iniciais. Salienciamos que infeção por EBV deverá ser suspeitada em crianças com sintomas sugestivos de MI, independentemente do grupo etário.

PAS-38

Febre em doente retornado da Nigéria

Beatriz Sousa Nunes¹, Ana Margarida Garcia², Ana Lemos², Rita Machado¹, Luís Varandas^{1,2}, Catarina Gouveia²

1-Pediatria Média, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central; 2-Unidade de Infeciologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Introdução

Em doentes que se apresentam com um quadro febril, retornados de áreas onde a malária é endémica, é uma prioridade excluir esta infecção. O diagnóstico diferencial com arboviroses pode ser difícil, pelas manifestações clínicas semelhantes e distribuição geográfica dos vectores sobreponível.

Descrição do caso

Rapariga com 8 anos de idade apresentou-se com febre (38,5°C) com 5 dias de evolução, acompanhada de vômitos, dor abdominal, cefaleia e mialgias. Tinha retornado da Nigéria (Lagos) há 10 dias, onde permaneceu durante 1 mês a visitar familiares.

À admissão tinha mau estado geral, escala de coma de Glasgow de 15, taquicardia (114 bpm), taquipneia (42 cpm), icterícia e hepatoesplenomegalia (127 mm). Sem rash ou sinais meníngeos. Analiticamente com trombocitopenia (22000 /uL), elevação da PCR (120 mg/L), elevação enzimas hepáticas (AST 218 U/L, ALT 166 U/L) e hiperbilirrubinemia colestática (BT 6,7 mg/dL), sem anemia ou leucopenia. O esfregaço de sangue periférico revelou trofozoítos de *Plasmodium falciparum* (parasitemia baixa, 1.2%). Iniciou arteméter-lumefantrina.

Em D2 de internamento, apesar de boa resposta (parasitemia negativa), mantinha febre e agravou clinicamente com hipotensão (PAM 45-50 mmHg), lesão renal aguda, hiperlactacidemia, prostração, rigidez da nuca e sinais de extravasamento vascular (hipoalbuminemia, derrame pleural bilateral e ascite). Verificou-se agravamento da trombocitopenia e anemia (Hb 8 g/dL, 23%), sem diátese hemorrágica. Pela deterioração clínica com instabilidade que impossibilitava realização de punção lombar, iniciou empiricamente ceftriaxone. Doxiciclina foi adicionada para cobrir rickettsia/leptospirose. Ficou apirética em D5 e teve alta em D11. A PCR no sangue foi positiva para o vírus Dengue e foi feito o diagnóstico de coinfeção malária e dengue.

Discussão/conclusão

Na presença de contexto epidemiológico, o diagnóstico de infecção por Dengue deve ser considerado em doentes com malária, se, apesar de boa resposta parasitológica, têm febre persistente, particularmente na presença de trombocitopenia e extravasamento vascular. Em apresentações ou evoluções atípicas, um elevado índice de suspeição para coinfeção de doenças tropicais importadas permite o diagnóstico mais precoce e abordagem e monitorização apropriadas.

POSTERS

21 e 22 setembro - Sala Aer

P-01

Apresentação atípica de infecção por VIH – a propósito de um caso clínico

Catarina Pinto da Costa, Constança Magalhães, Rita Vilar Queirós, Susana Rocha, Susana Correia
Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Introdução

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) por transmissão vertical é ainda uma importante causa de morbilidade e mortalidade infantil, principalmente em países em desenvolvimento, manifestando-se muitas vezes de forma atípica. O difícil acesso aos cuidados de saúde da população proveniente destes países é uma causa valorizável do atraso do diagnóstico.

Descrição do caso

Adolescente de 12 anos, sexo feminino, natural de Angola e residente em Portugal há 7 anos, trazida à Urgência Pediátrica por epistaxis com 10 horas de evolução de difícil controlo e cefaleia, sem outra sintomatologia associada. Referia episódios de epistaxis recorrentes com 2 meses de evolução. Ao exame objetivo sem sinais de discrasia hemorrágica ou outras alterações. Realizou avaliação analítica, destacando-se plaquetas 25000/uL, sem afeção das outras linhagens celulares. Da investigação etiológica da trombocitopenia, objetivou-se serologia do VIH positiva e teste confirmatório positivo para VIH 1. Neste contexto, quantificadas as populações linfocitárias com linfócitos T CD4+ 116 cels/uL e carga viral 948938 cópias/mL. Realizada investigação complementar à família, sendo a mãe VIH positiva, sem diagnóstico prévio, e o pai e irmão negativos.

Durante o internamento apresentou um episódio de epistaxis autolimitado, manteve-se hemodinamicamente estável e apirética. Por cumprir critérios de SIDA, decidiu-se transferência para a Unidade de Infeciologia de um Hospital Central para continuação do seguimento e início de terapêutica.

Discussão/conclusão

A infecção pelo VIH continua a ser um problema de saúde pública a nível mundial, pelo que deve ser considerada na investigação etiológica de alteração analítica/clínica de causa desconhecida. O rastreio das patologias infeto-contagiosas mais prevalentes em crianças e adolescentes oriundos de países em desenvolvimento é uma medida importante para o seu diagnóstico e tratamento precoces e prevenção de propagação. Nesse sentido, a criação de consulta do migrante no Serviço de Pediatria seria uma importante mais valia.

P-02

Causas raras de hepatite: a propósito de um caso clínico

Inês Carvalho, Filipa Alveirinho, António Prisca, Joana Rosa, Raquel Amaral
Serviço de Pediatria do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPER.

Introdução

A Sífilis é uma doença infecto-contagiosa, causada pela bactéria *Treponema pallidum* (TP), e que evolui clinicamente de acordo com diversos estadios. A adquirida tem uma prevalência sobretudo em idades superiores a 18 anos e tem um espectro clínico variável, podendo a nível gastrointestinal, manifestar-se com hepatite, sendo esta uma forma muito rara de apresentação.

Descrição do caso

Adolescente de 13 anos trazido ao serviço de urgência por icterícia com cerca de 3 dias de evolução associada a acolia, colúria e vómitos. Contexto infecto-contagioso de relações sexuais desprotegidas. Ao exame objetivo com icterícia da pele e escleróticas. Sem hepatoesplenomegalia ou alterações à inspeção e palpação dos genitais. Analiticamente com padrão de colestase e citólise: Fosfatase alcalina 673 U/L, GGT 325 U/L, AST 2378 U/L, ALT 1933 U/L, Bilirrubina total 12,47 mg/dL e Bilirrubina direta 9,57 mg/dL. Ecografia abdominal com aumento da refletividade dos espaços periportais e discreto edema parietal, em provável contexto de hepatite.

Do estudo etiológico, serologias VIH 1/2, VHC e VHA negativas. Serologias EBV e CMV compatíveis com infecção passada. Serologias VHB imune. PCR de *Leptospira* negativa. RPR positivo com 1/64 diluições e anticorpos TP FTA-ABS IgM positivo e IgG reativo, compatível com infeção ativa a TP. Cumpru tratamento com penicilina benzatinica, com melhoria clínica e laboratorial.

Discussão/conclusão

A hepatite sífilítica adquirida é uma entidade com incidência muito baixa, estimando-se que ocorra em apenas 3% casos de sífilis secundária. Em idade pediátrica existem apenas 3 casos publicados, sendo considerado um desafio diagnóstico. Todavia, principalmente em adolescentes, deve ser uma causa a considerar.

P-03

Colecistite aguda alitiásica e EBV – uma entidade a não esquecer

Catarina Franquelim, Joana Sousa Martins, Rita Ramos, Cristina Esteves
Serviço de Pediatria, Hospital Garcia de Orta

Introdução

A infeção pelo vírus *Epstein-Barr* (EBV) é comum em idade pediátrica e pode ter apresentações clínicas variadas, sendo a mais frequente a mononucleose infecciosa. A colecistite aguda alitiásica (CAA), entidade normalmente associada a infeções e lesões graves, pode também ser uma manifestação clínica de infeção primária por EBV. Tem geralmente um curso benigno e a abordagem terapêutica é normalmente conservadora.

Descrição do caso

Adolescente de 16 anos, sexo masculino, antecedentes pessoais e familiares irrelevantes. Recorreu à Urgência Pediátrica em D5 de doença por febre, mialgias, dor abdominal localizada no hipocôndrio direito e colúria. À observação, com bom estado geral, icterícia da pele e escleróticas, abdómen doloroso à palpação do hipocôndrio direito e Murphy vesicular positivo. Avaliação analítica sem leucocitose, PCR 2.9 mg/dL, AST 433 UI/L, ALT 625 UI/L, FA 276 UI/L, Bilirrubina total/direta 5.2/3.9 mg/dL. Ecografia abdominal com hepatoesplenomegália e vesícula biliar com paredes espessadas (9 mm) e estratificadas, sem litíase biliar. Decidido internamento, tendo-se optado por tratamento conservador, após discutida a abordagem com Gastrenterologia e Cirurgia Geral. Solicitada pesquisa de ac. heterofilos (positiva) e serologias virais (compatíveis com infeção aguda EBV). Após 24 horas de vigilância clínica, o doente teve alta com indicação para reavaliação em ambulatório. Em D8 de doença registada melhoria clínica, com avaliação ecográfica sobreponível. Laboratorialmente a destacar linfocitose de novo, com melhoria dos restantes parâmetros analíticos. Em D12 de doença reiniciou febre, com intervalos de apirexia de 4 horas, associada exclusivamente a odinofagia; observação compatível com amigdalite aguda, sem evidência de complicações locais. Repetiu avaliação analítica, salientando-se aumento da PCR (10.3 mg/dL), sem outras alterações. Manteve vigilância em ambulatório com resolução completa das queixas em D17 de doença. A ecografia abdominal, repetida um mês após início dos sintomas, demonstrou total regressão das alterações previamente identificadas.

Discussão/conclusão

Alertamos para uma manifestação inicial pouco frequente de um agente infeccioso comum. A infeção a EBV deverá ser considerada em doentes com idade pediátrica com quadro sugestivo de colecistite aguda alitiásica de modo a evitar antibioterapia e intervenção cirúrgica, frequentemente desnecessárias nestes casos. Destacamos ainda a possibilidade da orientação destes doentes em ambulatório, quando assegurada a reavaliação clínica seriada.

P-04

Leptospirose – uma patologia em crescendo, uma idade atípica

Inês Fontes¹, Carlotta Sapia¹, Ana Isabel Foles², Margarida Almendra¹, Ana Araújo Carvalho¹, Rui Domingues¹, Paula Rocha¹, Cristina Gonçalves³, Sara Tavares Ferreira¹, Diana Amaral¹, Rita Machado¹

1-Unidade de Pediatria Médica, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, EPE, Lisboa, Portugal; 2-Serviço de Pediatria, Hospital São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, Setúbal, Portugal; 3-Unidade de Gastreenterologia e Hepatologia, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, EPE, Lisboa, Portugal

Introdução

A leptospirose é uma das zoonoses mais comuns em todo o mundo, com uma incidência crescente em Portugal nos últimos anos, sendo pouco frequente em idade pediátrica.

Descrição do caso

Lactente 3 meses, sexo masculino, natural de Setúbal, com um cão no domicílio, com antecedentes de restrição de crescimento fetal e má progressão ponderal desde o primeiro mês de vida, internado por recusa alimentar e irritabilidade associada às refeições, bem como perda ponderal. Por suspeita de alergia à proteína do leite de vaca (APLV), iniciou fórmula semi-elementar e esomeprazol com melhoria transitória, iniciando posteriormente quadro de dejeções diarreicas (máximo 20/dia), com vestígios de sangue e agravamento da perda ponderal. Do estudo analítico, destacava-se elevação progressiva das transaminases ao longo de 4 dias (máximo ALT 778 U/L e AST 466 U/L) com parâmetros de síntese hepática e colestase normais. Ecografia abdominal sem alterações. Alterou-se a dieta para fórmula elementar com melhoria progressiva do quadro de dejeções diarreicas. Do estudo etiológico realizado no hospital de origem destacava-se IgM leptospira positiva pelo que foi transferido para centro terciário, onde iniciou febre baixa, um pico diário, com posterior deteção de PCR DNA urinário positivo para leptospira, exame direto e estudo serológico negativos. Restante estudo etiológico, incluindo serologias para vírus hepatotrópicos, coprocultura e pesquisa de vírus nas fezes negativos, sendo também excluída causa genética e metabólica. Iniciou terapêutica com penicilina e, posteriormente, amoxicilina, tendo tido alta após resolução dos sintomas e recuperação ponderal. Normalização das transaminases cerca de 3 meses depois.

Discussão/conclusão

Embora se verifique um aumento do número de casos no nosso país, o diagnóstico de leptospirose num lactente exige uma elevada suspeição clínica.

Neste caso, a idade do doente, a clínica inespecífica e a provável APLV concomitante atrasaram o diagnóstico e consequente tratamento. Foram pistas no diagnóstico a elevação das transaminases e o contexto epidemiológico com a presença de um cão. A PCR positiva na urina fez o diagnóstico.

P-06

Dois casos raros de infeções osteoarticulares

Inês Lemos Martins, Cláudia Ribeiro de Moura, Joana Ester Batista, Ângela Dias, Ana Luísa Lobo
Serviço de Pediatria, Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães

Introdução

A artrite séptica e a osteomielite ocorrem mais frequentemente no sexo masculino e em menores de 5 anos, atingindo sobretudo o esqueleto apendicular, geralmente por disseminação hematogénica. O envolvimento da clavícula surge em 1-3% dos casos e do esterno em <1%.

Descrição dos casos

Caso 1: Criança do sexo feminino, 3 anos e 11 meses, observada no Serviço de Urgência (SU) por febre de 4 dias e tumefação supraclavicular direita desde o próprio dia, sinais inflamatórios locais, dor e limitação da mobilidade cervical. Concomitantemente, diagnosticada varicela. Analiticamente, destaca-se PCR elevada. A ecografia foi sugestiva de artrite séptica da articulação esternoclavicular direita. Iniciou antibioterapia endovenosa (EV) empírica – flucloxacilina + clindamicina. Fez RMN, que confirmou a suspeita diagnóstica e revelou osteomielite da clavícula. Por exclusão de abscesso, suspensa clindamicina em D3 de internamento. Não realizada aspiração de líquido articular por reduzida quantidade do mesmo e risco de pneumomediastino. Hemoculturas negativas. Substituída flucloxacilina EV por cefuroxima oral após exantema pruriginoso em D7. Completou 6 semanas de antibioterapia, com evolução clínica favorável.

Caso 2: Criança do sexo masculino, 16 meses. Trazida ao SU por tumefação dolorosa na região xifoideia / epigástrica com 1 dia de evolução. Sem febre documentada, mas sob analgesia fixa. Mancha eritematosa na zona maleolar direita 6 dias antes. Sem história de trauma ou outras lesões. Por suspeita de hérnia, transferido para observação por Cirurgia Pediátrica. Após exclusão da mesma, dado ter parâmetros inflamatórios analíticos aumentados, realizou RMN, que demonstrou osteomielite do corpo esternal. Hemoculturas negativas. Medicado inicialmente com cefazolina EV, alterada em D2 para cefuroxima após regresso ao hospital de origem, e em D5 para via oral, por melhoria clínica e analítica. Completou 4 semanas de tratamento, com boa evolução clínica.

Discussão/conclusão

Segundo a literatura, a identificação do agente ocorre maioritariamente por hemocultura, sendo a biópsia óssea controversa nas suspeitas de osteomielite não complicada. O *Staphylococcus aureus* é o mais frequentemente implicado, registando-se um aumento na deteção de *Kingella* devido a novas técnicas diagnósticas.

P-07

Furunculose a MSSA com atingimento sistémico e a importância de avaliar conviventes

Sara Silva Rodrigues, Ana Cunha, João Rebelo Lima, Carlos M. Nogueira, Ana Paula Vieira, Isabel Azevedo, Augusta Gonçalves
Hospital de Braga, E.P.E.

Introdução

A furunculose faz parte do grupo de infeções da pele e tecidos moles com conteúdo purulento/flutuante, usualmente causada pelo *Staphylococcus aureus*, não sendo possível distinguir clinicamente uma infeção por MSSA ou MRSA. É frequentemente recorrente e pode ser transmitida aos conviventes.

Descrição do caso

Lactente de 9 meses, sexo feminino, com antecedentes pessoais de dermatite atópica. Recorre ao Serviço de Urgência (SU) por febre com 3 dias de evolução, dejeções líquidas e mais frequentes, sem sangue ou muco, e lesões pápulo-pustulosas, inflamatórias, pruriginosas, algumas com conteúdo purulento. No estudo analítico (EA), de realçar uma leucocitose (20000/uL) com neutrofilia, sem outras alterações relevantes. Teve alta medicada com mupirocina tópica.

Nova vinda ao SU por reinício de febre e agravamento das lesões cutâneas. Ao EO, observavam-se lesões pápulo-pustulosas exuberantes, de aspeto furunculóide, várias com drenagem purulenta espontânea e sinais inflamatórios. Pais referiram ter lesões cutâneas semelhantes recorrentes, desde há pelo menos um ano, tendo o pai uma lesão ativa. Colheu novo EA, com aumento franco da leucocitose (54200/uL) com neutrofilia e PCR 52,50 mg/L. Internada sob amoxicilina/ácido clavulânico endovenoso. Em D1 de internamento, mantinha febre e irritabilidade de difícil consolo, sem melhoria das lesões cutâneas. Repetiu EA, mantinha leucocitose marcada, sem células atípicas, com aumento da PCR (141,5 mg/L). Pedida colaboração de Dermatologia, tendo sido efetuada zaragatoa das lesões cutâneas da lactente e do pai para microbiológico e micobacteriológico. Alterada antibioterapia para flucloxacilina e clindamicina endovenosos. Isolamento de MSSA nas colheitas efetuadas à lactente e ao pai. Melhoria clínica e analítica progressivas, com apirexia sustentada. Alta com antibioterapia oral com Flucloxacilina e esquema de descolonização com mupirocina para toda a família.

Discussão/conclusão A dermatite atópica é uma patologia cutânea crónica que aumenta o risco de colonização bacteriana. Nesta lactente, a infeção por MSSA levou a um atingimento sistémico, com leucocitose marcada e necessidade de antibioterapia endovenosa. Este caso realça, também, a importância da necessidade de questionar os restantes membros da família acerca de lesões semelhantes, permitindo uma terapêutica adequada e prevenindo recorrências futuras.

P-08

Gianotti-Crosti - uma apresenta o rara do vírus Influenza A

Ana Sofia Nunes¹, Lara Navarro¹, Ana Paula Vieira², Sofia Martins¹

1-Serviço de Pediatria do Hospital de Braga; 2-Serviço de Dermatologia do Hospital de Braga

Introdu o

Os exantemas são um motivo frequente de recorrência ao Serviço de Urgência (SU), tornando-se num desafio diagnóstico constante.

Descri o do caso

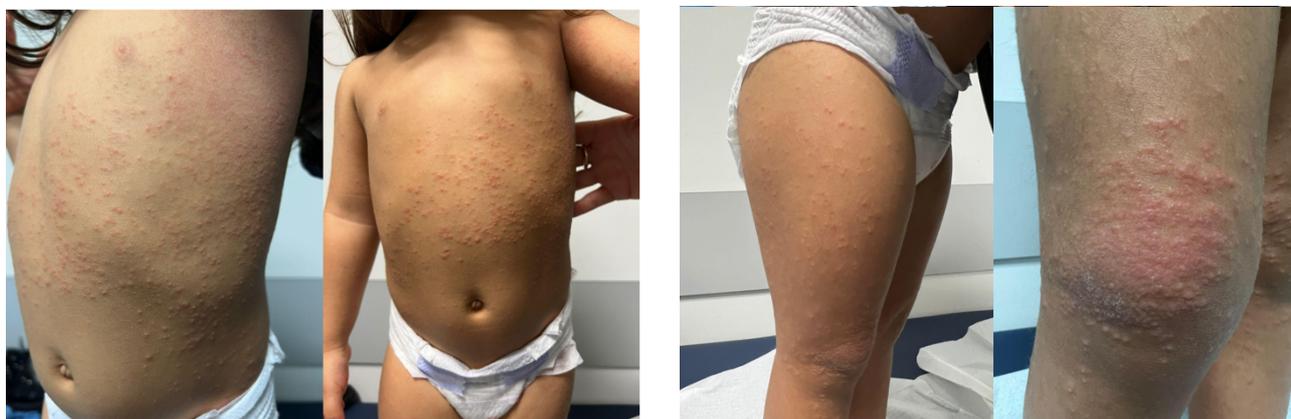
Criança de 2 anos, sexo feminino, saudável, recorreu pela terceira vez ao SU por exantema pruriginoso com 10 dias de evolu o na totalidade. O exantema tinha iniciado na região axilar esquerda com progressão posterior para o tronco, com predomínio no hemicorpo esquerdo, e nos membros inferiores. No o materna de agravamento progressivo com atingimento do dorso das mãos e dos p s. Foi medicada previamente com corticoide t pico e anti-histamínico, e solicitada consulta prioritária de Dermatologia, que aguardava. Negou outros sintomas, administra o recente de vacinas ou contexto epidemiológico de doença.

Ao exame objetivo apresentava-se hemodinamicamente estável, apirética e com lesões maculopapulares dispersas pela face, tronco, abd men, membros (confluência da região dos joelhos), dorso das mãos e p s, mas sem atingimento palmo-plantar.

Realizou estudo analítico que revelou leucopenia (3500/uL), neutropenia (1000/uL) e PCR<0,5mg/L. As serologias para citomegalovírus, parvovírus B19, vírus Epstein-Barr e pesquisa de DNA de herpes-vírus simples (HVS) I e II ficaram em curso. Realizou pesquisa de vírus respiratórios nas secre es nasais por dete o direta do antigénio que foi positiva para o vírus Influenza A (VIA). Perante o diagnóstico provável de Gianotti-Crosti, teve alta medicada com anti-histamínico, suspensão de corticoterapia t pica e orienta o para consulta de Pediatria P s-SU, onde foi observada duas semanas depois, constatando-se resolu o do exantema. As serologias e o DNA HVS foram negativos e o estudo analítico já não evidenciava altera es no hemograma. Observada posteriormente em consulta de Dermatologia que corroborou o diagnóstico de Gianotti-Crosti.

Discussão

Os autores pretendem dar a conhecer uma apresenta o cutânea at pica de infe o por VIA. As manifesta es cutâneas são raras nas infe es por VIA. O Gianotti-Crosti está descrito como podendo ocorrer secundariamente   vacina o contra o VIA e   infe o por múltiplos vírus, mas até ao nosso conhecimento, apenas 1 caso secundário ao VIA está descrito em idade pediátrica.



P-09

Hemoptises no serviço de urgência - caso clínico

Ana Sofia Nunes, Ana C. Rocha, Cláudia Magalhães, Carla Moreira, Augusta Gonçalves
Serviço de Pediatria do Hospital de Braga

Introdução

As hemoptises podem estar associadas a múltiplas causas, e apesar de serem um motivo pouco frequente no Serviço de Urgência (SU), geram grande preocupação.

Descrição do caso

Adolescente de 17 anos, sexo masculino, sem antecedentes de relevo, foi trazido ao SU por acessos de tosse com 2 semanas de evolução e expectoração raiada de sangue com 1 dia de evolução. Negou febre, vômitos, sudorese noturna ou contacto com indivíduos com tuberculose ativa. Ao exame objetivo apresentava-se hemodinamicamente estável, apirético e sem gânglios palpáveis. A auscultação pulmonar era normal. Realizou laringoscopia indireta por Otorrinolaringologia que não revelou alterações. Na radiografia de tórax apresentava infiltrado peri-hilar bilateral de predomínio à direita. Após diagnóstico presuntivo de infeção respiratória por agente atípico, teve alta medicado com azitromicina 500mg/dia durante 3 dias. Apresentou cessação das hemoptises em D3 de antibiótico.

Dois meses depois recorreu ao SU por reiniciar hemoptises intermitentes, por vezes com coágulos, mialgias e cansaço. Negou tosse, febre ou outras hemorragias. Referiu ter iniciado um estágio há 2 meses em que contactava com produtos irritativos e gases utilizados na refrigeração. Na auscultação pulmonar apresentava crepitações tele-expiratórias no terço médio do tórax posterior bilateralmente. Realizou estudo analítico (sem leucocitose ou neutrofilia, PCR<0,5mg/L, VS 2mm/h, estudo da coagulação normal) e ficou com serologia de *Mycoplasma pneumoniae* em curso. A radiografia de tórax apresentava alterações sobreponíveis à anterior e o TC-tórax era normal. A urina tipo II não revelou alterações. Decidido internamento para esclarecimento da etiologia.

Em D1 de internamento, constatou-se positividade para IgM *M. pneumoniae* pelo que cumpriu azitromicina 500mg/dia durante 5 dias. Realizou IGRA e pesquisa de *Mycobacterium tuberculosis* em 3 amostras de expectoração em dias consecutivos (exame direto, pesquisa DNA *M. tuberculosis* e cultural) que foram negativos. Em D4, teve alta referenciado para a consulta de Pneumologia Pediátrica. Por se manter assintomático e sem novos episódios de hemoptises, teve alta da consulta.

Discussão/conclusão

Os autores pretendem alertar que o *M. pneumoniae* é um agente causador de hemoptises, ainda que de forma rara. Neste caso, a presença de um agente infeccioso associado à exposição ambiental pode ter contribuído para a apresentação clínica.

P-10

Imunoglobulina Subcutânea Facilitada: ... a primeira vez em pediatria!

Helena Nascimento

Hospital de Dia de Pediatria do Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN)

Introdução

As Imunodeficiências Primárias (IDPs) representam um grupo de doenças caracterizadas por uma propensão aumentada para infeções. A apresentação clínica destas doenças surge num espetro que varia entre assintomática a doença grave.

O tratamento de eleição é a terapêutica de substituição com Imunoglobulina Humana (IgG) endovenosa (EV) ou subcutânea (SC), a qual está associada a uma redução significativa do número e da gravidade das infeções.

A IgG SC tornou-se preferencial face à IgG EV dadas as suas vantagens, nomeadamente a redução de eventos adversos, a melhoria da qualidade de vida da criança/família, a maior eficiência económica e a possibilidade de realização no domicílio após ensino individualizado.

Atualmente, o nosso centro deu início à administração de Imunoglobulina subcutânea facilitada pela primeira vez em pediatria. A imunoglobulina subcutânea facilitada usada é uma formulação injetável composta por um frasco de imunoglobulina humana normal a 10% e um frasco de hialuronidase humana recombinante, administrados por seringa de perfusão.

A hialuronidase humana recombinante é uma proteína que aumenta a permeabilidade dos tecidos subcutâneos mediante a despolimerização temporária do ácido hialurónico, permitindo a infusão de volumes consideráveis e facilitando a dispersão e absorção da IgG.

Objetivos

Este trabalho pretende divulgar a experiência pioneira do nosso centro na administração desta forma de imunoglobulina subcutânea em pediatria, através da explanação do modo de preparação e de administração da perfusão, bem como, do relato dos efeitos adversos e repercussões na qualidade de vida da criança/família.

Metodologia

O presente trabalho foi elaborado numa abordagem exploratória, através de uma pesquisa bibliográfica, tendo em conta a experiência do autor.

Resultados

O plano terapêutico obedeceu, inicialmente, a uma apreciação objetiva das circunstâncias concretas e reais para a elegibilidade da criança/família para a realização do tratamento.

A Imunoglobulina subcutânea facilitada permite a administração de volume e frequência igual ao regime posológico da via endovenosa, mas administrado por via subcutânea, ao contrário da imunoglobulina subcutânea convencional.

Discussão/conclusão

A experiência preliminar na utilização desta nova forma de administração de imunoglobulina SC, permitirá ampliar o conhecimento na temática, mas ainda não permite obter resultados para extrapolar conhecimento científico.

P-11

Meningite neonatal a Enterovírus, um agente a considerar

Marta Figueiredo, Filipa Santos, Madalena Afonso, Madalena Sales Luís, Rita Belo Morais
Serviço de Pediatria, Hospital de São Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Introdução

A infeção por enterovírus é cada vez mais frequente no recém-nascido, mas muitas vezes subdiagnosticada devido à clínica inespecífica. Na maioria dos casos a doença é ligeira, mas pode ter uma apresentação grave como sepsis ou meningite. Os fatores de risco para doença grave incluem: prematuridade, transmissão vertical e idade ≤ 2 semanas.

Descrição do caso

Recém-nascido de 23 dias, gestação de termo, vigiada, sem intercorrências. Parto eutócico, Índice de Apgar 9/10/10, peso adequado à idade gestacional, sem risco infeccioso. Recorreu ao Serviço de Urgência em D2 de doença por febre, recusa alimentar e diminuição da diurese. Negava sintomas respiratórios ou gastrointestinais. Contexto epidemiológico de mãe com nasofaringite e irmã com febre e exantema. À admissão apresentava-se febril com gemido e má perfusão periférica. Restante observação sem alterações. Analiticamente hemoglobina 13,6g/dL, leucócitos 6100/uL, neutrófilos 1960/uL (imaturos/totais 0,1), linfócitos 3200/uL, plaquetas 6100/uL, proteína C-reativa 1,84mg/dL; exame citoquímico do líquido límpido, proteínas 40mg/dL, leucócitos <1 /uL, glucose 52mg/dL ($>50\%$ glicemia). Iniciou antibioterapia endovenosa com ampicilina e cefotaxima. Em D2 surgiu no recém-nascido e na mãe um exantema maculopapular disperso, desaparecendo à digitopressão. A pesquisa de enterovírus por *reverse transcription polymerase chain reaction* (RT-PCR) foi positiva no lavado nasal e líquido, tendo-se assumido meningite viral e suspendeu antibioterapia. As culturas de sangue, urina e líquido foram negativas e a ecografia cerebral sem alterações. A pesquisa de enterovírus por RT-PCR nas fezes foi positiva para echovírus 9. Teve alta clinicamente bem. Na reavaliação 2 meses depois mantinha-se clinicamente bem, com desenvolvimento psicomotor e ecografia cerebral sem alterações.

Discussão/conclusão

Os echovírus estão entre os subtipos de enterovírus que mais frequentemente envolvem o sistema nervoso central (SNC). No recém-nascido e pequeno lactente as manifestações clínicas podem ser pouco específicas e tipicamente não há elevação dos parâmetros inflamatórios ou pleocitose no líquido, pelo que o diagnóstico exige um elevado índice de suspeição. A pesquisa de vírus por RT-PCR é o *gold standard*. A confirmação do diagnóstico permite reduzir o tempo de internamento e antibioterapia empírica desnecessária. O envolvimento do SNC pode ter sequelas a longo prazo, devendo manter-se vigilância e avaliação do desenvolvimento psicomotor.

P-12

Pancitopenia causada por Vírus Epstein-Barr: uma apresentação incomum

Filipa Sutre¹, Pedro Miguel², Catarina Salgado³, Carolina Amaro Gonçalves³, Maria João Palaré³, Anabela Ferrão³

1-Serviço de Pediatria, Hospital de Santarém, Santarém; 2-Serviço de Pediatria, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN), Lisboa; 3-Unidade de Hematologia Pediátrica, Serviço de Pediatria, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN), Lisboa

Introdução

O vírus Epstein-Barr (EBV) pertence à família herpesviridae e causa doença autolimitada na maioria das crianças imunocompetentes. No entanto, complicações hematológicas foram descritas podendo causar supressão medular grave.

Descrição do caso

Criança, género masculino, três anos, previamente saudável, com quadro clínico com três semanas de evolução de hematomas nos membros inferiores com extensão progressiva aos membros superiores e tronco, petéquias nos membros inferiores e face e dor abdominal periumbilical concomitante. Sem outros sintomas e sem história de infeção ou medicação recente. Recorreu ao Serviço de Urgência do hospital da área de residência e ao exame físico apresentava-se com bom estado geral, palidez cutânea, linfadenopatias cervicais anteriores bilaterais infracentimétricas, equimoses dispersas e petéquias nos pés, hepatomegalia palpável 1cm abaixo do rebordo costal, sem esplenomegalia. Da avaliação analítica destacava-se pancitopenia (hemoglobina 7,7g/dL, VGM 76fl, reticulócitos 47600/ul, contagem de plaquetas 17000/uL, contagem de leucócitos 5200//uL com 240 neutrófilos). Fez esfregaço de sangue periférico que não excluía a existência de blastos. Foi transferido para Unidade de Hematologia Pediátrica de um hospital terciário para investigação etiológica e continuação de cuidados. Fez punção aspirativa de medula que revelou medula óssea com poucos grumos e com hipoplasia mieloide. A citometria de fluxo da medula óssea excluiu leucemia aguda. Serologia do EBV foi positiva para infeção aguda (VCA-IgM positivo; VCA-IgG positivo; EBNA1-IgG negativo) apesar de carga viral de EBV negativa. Serologias para parvovírus, citomegalovírus, herpes vírus 1 e 2 e estudo de autoimunidade foram negativos. Ecografia abdominal sem alterações. Ao longo do internamento sem intercorrências, teve alta em D12 com melhoria do hemograma e manteve seguimento regular em hospital de dia de Hematologia Pediátrica. Três meses após alta, apresentou normalização do hemograma e a serologia de EBV revelou seroconversão (VCA-IgM zona cinzenta; VCA-IgG positivo; EBNA1-IgG positivo).

Discussão/conclusão

Este caso alerta para uma apresentação pouco comum da infeção por EBV com pancitopenia grave e para a necessidade de exclusão célere de um síndrome de falência medular associado a doença linfoproliferativa. Neste caso a serologia permitiu o diagnóstico de infeção aguda a EBV apesar de carga viral negativa, provavelmente por não ter sido realizada no início do quadro clínico.

P-13

Pneumonia por *Chlamydia trachomatis* – quando suspeitar na ausência de rastreio pré-natal

Mariana F. Teixeira¹, Swasilanne Bandeira¹, Margarida Almendra¹, Ana Araújo Carvalho¹, Rui Domingues¹, Paula Rocha¹, Sara Tavares Ferreira¹, Diana Amaral¹, Catarina Gouveia², Rita Machado¹

1-Unidade de Pediatria Médica 5.1, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central; 2-Unidade de Infeciologia, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Introdução

A infeção por *Chlamydia trachomatis* (CT) é a infeção sexualmente transmitida (IST) mais prevalente mundialmente. Por poder ser assintomática, várias entidades internacionais preconizam o seu rastreio anual em adultos jovens. Quando existe transmissão durante o parto, pode ocorrer doença grave no recém-nascido (RN) e pequenos lactentes.

Descrição do caso

RN de 23 dias, com antecedentes pré/perinatais irrelevantes, internada por infeção respiratória baixa com dificuldade alimentar e hipoxémia, sem febre ou outra sintomatologia nem contexto epidemiológico conhecido. À observação, destacava-se gemido intermitente, polipneia e murmúrio vesicular rude bilateralmente com crepitações dispersas. Analiticamente hemograma sem alterações, ligeira elevação das transaminases (AST 68 U/L, ALT 52 U/L), sem elevação dos parâmetros de infeção. A radiografia do tórax revelou infiltrado intersticial bilateral heterogéneo. Pgressivamente, a RN teve uma conjuntivite aos sete dias de vida, medicada empiricamente com azitromicina ocular tópica, após colheita de exsudado ocular para exame bacteriológico e pesquisa de CT e *Neisseria gonorrhoeae* por PCR. O resultado positivo para CT só foi conhecido neste internamento. Assumiu-se o diagnóstico de pneumonia por CT e iniciou terapêutica com azitromicina oral empírica, tendo tido alta em D5 de internamento, assintomática. A PCR de CT nas secreções respiratórias confirmou o diagnóstico; a pesquisa de vírus respiratórios e o rastreio de outras IST foram negativos. A mãe apresentava corrimento vaginal anormal há vários meses que não foi valorizado em várias consultas. A PCR de CT na urina da mãe foi positiva, foram excluídas outras IST e ambos os pais foram tratados.

Discussão/conclusão

Este caso ilustra a importância do contexto epidemiológico e da história pregressa no período neonatal. As alterações radiológicas e, posteriormente, a PCR CT vieram consolidar o diagnóstico de pneumonia por CT. A infeção por CT é um problema major de saúde pública mundial e é premente a instituição de programas de rastreio em Portugal. Além disso, é importante que os cuidados de saúde primários estejam alerta para os sintomas de IST para um tratamento atempado e adequado.

P-14

Será esta a doença do beijinho? - A propósito de um caso clínico

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

Introdução

A infeção por Herpes simplex 1 (HSV1) ocorre mundialmente, com igual distribuição por sexos e maior prevalência nos países subdesenvolvidos. Transmite-se por indivíduos com doença ativa por contacto íntimo, não necessariamente sexual. As principais fontes de infeção na população pediátrica são familiares infetados e infantário. A primoinfeção, que se manifesta frequentemente com gengivostomatite ou faringite, ocorre de 2 a 12 dias após a exposição. No entanto, outras manifestações são possíveis, tais como o herpes genital, mucocutâneo e formas mais graves, como a queratite herpética. Posteriormente o vírus permanece latente, podendo levar a recorrências, habitualmente com lesões labiais. O diagnóstico é clínico e a confirmação pode ser obtida por PCR ou cultura viral do líquido das vesículas. O tratamento realiza-se com antiviral oral, como o aciclovir, durante 7 a 10 dias, devendo ser iniciado nas primeiras 72 horas de doença.

Descrição do caso

Rapaz de 5 anos, com antecedentes de pele atópica, recorreu à Urgência de Pediatria por lesões vesiculares e em crosta na região frontal direita e prurido com 72 horas de evolução. Negava febre, mialgias, odinofagia ou outra sintomatologia. Negava infeção prévia. Contexto familiar de herpes - mãe com herpes labial ativo e irmã com seguimento em Consulta de Pediatria por herpes recorrente na região glútea. À observação apresentava estado geral conservado, lesões vesiculares e em crosta na região frontal direita, com uma extensão de 4-5 cm, com edema circundante, sem sinais de sobreinfeção bacteriana. Sem outras alterações a relatar. Mãe referia contacto labial na zona das vesículas (beijos). Foi realizada colheita e pesquisa por PCR do HV1 do conteúdo das vesículas, com resultado positivo. A criança teve alta com medidas sintomáticas, com resolução da sintomatologia uma semana depois.

Discussão/conclusão

Apesar das infeções por herpes apresentarem localizações típicas, maioritariamente labial e genital, não devemos descurar outras áreas, principalmente com contexto familiar de infeção. Este caso demonstra a importância das medidas de prevenção de transmissão, como evicção de contacto íntimo e partilha de utensílios como copos, garrafas, toalhas ou batons, de forma a evitar a propagação da infeção para outros indivíduos, especialmente dentro da família.



P-15

Um caso clínico de meningoencefalite neonatal a *Listeria monocytogenes*

Mariana Fidalgo Silva, Rita Ribeiro Martins, Francisca Costa, Paula Correia
Serviço de Pediatria (Direção: Dr^a Helena Cristina Loureiro), Departamento da Criança e do Jovem
(Direção: Dr^a Graciete Bragança), Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.

Introdução

A *Listeria monocytogenes* é um bacilo gram-positivo cuja transmissão ocorre sobretudo através do consumo de água e alimentos contaminados. Em idade pediátrica, a listeriose é mais frequente nos recém-nascidos e em indivíduos imunocomprometidos, embora seja uma causa pouco frequente de meningite bacteriana neonatal.

Descrição do caso

Recém-nascido de 12 dias de vida, sexo feminino. A destacar gravidez mal vigiada, cesariana eletiva às 39 semanas, sem risco infeccioso. Observado no Serviço de Urgência pediátrica no 2º dia de febre, temperatura retal máxima 39°C, intervalos de apirexia de 8h, e recusa alimentar. Encontrava-se sob aleitamento misto. Mãe sem história de consumo de produtos alimentares não pasteurizados ou provenientes diretamente do solo. Sem história de viagens. À admissão: boa vitalidade, choro vigoroso, movimentos harmoniosos e reflexos primitivos presentes e simétricos. Analiticamente: 19700 leucócitos (58,2% de neutrófilos) e proteína-C reativa 2.4 mg/dL. Exame citoquímico do líquido cefalorraquidiano com 1924 células predomínio de mononucleadas, proteinorraquia e hipoglicorráquia. PCR multiplex do líquido cefalorraquidiano (LCR) positivo para *Listeria monocytogenes*. Assumido diagnóstico de meningite neonatal a *Listeria monocytogenes* e medicado inicialmente com cefotaxime, ampicilina e gentamicina. Após repetição de punção lombar com confirmação de esterilização do LCR, a antibioterapia foi ajustada para ampicilina, de acordo com sensibilidade do exame cultural do LCR inicial. Do estudo adicional de extensão da infeção apurou-se: ecografia transfontanelar com aumento da ecogenicidade dos bordos ventriculares sugestiva de ventriculite e ressonância magnética crânio-encefálica (RM-CE) com pequena área lesional periependimária com restrição à difusão das moléculas de água, em provável relação com pequena lesão infecciosa. Apresentou boa evolução em internamento, sem sequelas neurológicas, tendo cumprido 30 dias de antibioterapia. Repetiu RM-CE à data da alta que já se apresentava sem alterações.

Discussão/conclusão

Embora a *Listeria monocytogenes* seja um agente pouco frequente de meningite neonatal, deve ser sempre considerado nesta faixa etária. O início célere de antibioticoterapia pode prevenir a evolução para sépsis. A antibioterapia empírica deve garantir a sua cobertura, sendo a ampicilina e a gentamicina as opções terapêuticas iniciais mais adequadas.

P-16

Uma manifestação rara da infecção pelo vírus Epstein-Barr em idade pediátrica

Ana Viveiros, Carolina Simão, João Calado, Joana Rosa, Raquel Amaral, Fernanda Gomes
Serviço de Pediatria, Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada, São Miguel

Introdução

A mononucleose infecciosa é a forma sintomática da primoinfecção pelo vírus Epstein-Barr (EBV), ocorrendo maioritariamente em adolescentes e adultos jovens. Caracteriza-se por febre, faringoamigdalite exsudativa, linfadenopatia e fadiga, associando-se frequentemente a elevação ligeira e autolimitada das transaminases. A colestase, embora presente nos adultos, está descrita em menos de 5% da população pediátrica.

Descrição do caso

Este caso descreve uma adolescente de 14 anos, previamente saudável, trazida ao serviço de urgência por icterícia, colúria e dor abdominal. Ao exame objetivo, destacava-se icterícia das escleróticas, exsudado amigdalino e hepatomegalia. Do contexto infeto-contagioso, a salientar diagnóstico de amigdalite nas 2 semanas anteriores, medicada com amoxicilina. Analiticamente, apresentava leucocitose 11.920/ mcL com linfocitose 7.000 /mcL (58,8%), linfócitos reativos 21,3%, hipertransaminasemia (aspartato aminotransferase 194 U/L, alanina aminotransferase 233 U/L, hiperbilirrubinemia direta (bilirrubina total 5,52 mg/dL; bilirrubina direta 5,05 mg/dL), aumento do urobilinogénio (2 mg/dL), padrão colestático com gama-glutamyltransferase 99 U/L e fosfatase alcalina 270 U/L. A reação de Paul-Bunnell foi positiva. A ecografia abdominal mostrou hepatoesplenomegalia homogénea, vesícula biliar quase colapsada, com espessamento marcado da parede (13 mm), mas sem evidência de litíase endoluminal, várias formações ganglionares peri-hepáticas, a maior de 24x10 mm, e ectasia da via biliar principal. A serologia e a pesquisa molecular do EBV foram positivas. Foi medicada empiricamente com ácido ursodesoxicólico, com melhoria clínica e analítica progressivas.

Discussão/conclusão

O presente caso pretende alertar para uma manifestação pouco frequente de um agente infeccioso comum em idade pediátrica, devendo ser uma etiologia a considerar no diagnóstico diferencial de icterícia e hepatite colestática.

P-17

Varicela complicada com infecção grave de tecidos moles: relato de três casos

Francisca Gomes¹, Filipe Ginja¹, Alexandra Vilas Fabião¹, Ivo Miguel Neves¹, Sofia Miranda¹,
Manuela Costa Alves¹, Catarina Faria², Carmo Ferreira²

1-Serviço de Pediatria, Hospital de Braga; 2-Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos,
Hospital de Braga

Introdução

A infecção primária pelo vírus varicela zoster (VZV) associa-se a um aumento na incidência de infecção invasiva de tecidos moles, nomeadamente celulite, miosite, fascíte necrotizante e síndrome do choque tóxico, sobretudo por *Streptococcus* do Grupo A.

Descrição dos casos

Caso 1: 2 anos, sexo masculino, com exantema eritematoso pruriginoso e febre. Em D3 objetivados rubor orofaríngeo e língua em morango, sendo medicado com amoxicilina por suspeita de escarlatina. Em D5 com exantema vesiculopapular atingindo todo o tegumento cutâneo, impetiginização extensa e edema generalizado. Leucocitose de 16300/ μ L e PCR 54.2mg/L. Serologias e PCR de exsudado vesicular confirmaram infecção por VZV. Hemocultura sem isolamento de agente. Completou 10 dias de tratamento com flucloxacilina, clindamicina e aciclovir endovenosos, com evolução clínica e analítica favoráveis.

Caso 2: 4 anos, sexo masculino, em D2 de aciclovir por varicela, trazido ao SU por recusa da marcha e febre, sem sinais inflamatórios articulares e exame neurológico normal. Leucocitose de 15500/ μ L e PCR 114.9mg/L. Radiografia e ecografia das ancas sem alterações. A RM evidenciou piomiosite dos adutores com abscessos loculados na coxa esquerda. Hemocultura sem isolamento de agente. Medicado com amoxicilina/ácido clavulânico e clindamicina endovenosos, com melhoria clínica, analítica e imagiológica após 3 semanas de antibioticoterapia.

Caso 3: 10 anos, sexo masculino, com febre, vômitos e exantema vesicular escasso há 24 horas. Lesão dolorosa no dorso com edema, calor e eritema desde a zona cervical até ao limite inferior da grade costal. Iniciou aciclovir, flucloxacilina e clindamicina endovenosos. Rápida progressão da celulite, com zonas purpúricas e duas lesões com aspeto necrosado na região interescapular. Progressão para choque tóxico. Leucocitose de 19200/ μ L e PCR 305.9mg/L. Imagiologicamente, celulite extensa com atingimento muscular. Hemocultura sem isolamento de agente. Escalada antibioticoterapia para vancomicina, meropenem e clindamicina. Melhoria clínica após 3 semanas de tratamento.

Discussão/conclusão

A varicela com sobreinfecção bacteriana pode traduzir-se em infecções graves de tecidos moles, com necessidade de antibioticoterapia por longos períodos. O último caso ilustra a rápida evolução clínica nas primeiras horas de exantema, com atingimento dos planos musculares, sendo o início precoce de antibioticoterapia essencial para evitar a progressão para fascíte necrotizante.

P-18

***Salmonella* não typhi: uma doença nem sempre autolimitada**

Mariana Sousa Santos, Caroline Lopes, Maria Manuel Zarcos
Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Leiria

Introdução

A *Salmonella* não typhi é uma causa importante de diarreia infecciosa por todo o mundo, dando habitualmente um quadro benigno e autolimitado. A doença invasiva por esta espécie é rara, ocorrendo maioritariamente em indivíduos imunodeprimidos. Quando acontece, há risco de focalização estando indicada a antibioterapia.

Descrição dos casos

Relatamos quatro casos de bacteriémia por *Salmonella* não typhi no período compreendido entre 2010 e 2022. Todos os casos ocorreram entre os meses de maio e de agosto. A idade mediana foi de 10 anos, com idade mínima de 4 anos e idade máxima de 16 anos. Todos eram previamente saudáveis e todos apresentaram febre (mediana de 8 dias, mínimo de 3 e máximo de 9 dias) e diarreia (mediana de 8 dias, mínimo de 3 e máximo de 13 dias). Três deles apresentavam sinais de desidratação que motivaram internamento. Em dois casos foi identificado contexto epidemiológico. Analiticamente todos apresentavam elevação dos parâmetros inflamatórios e em todos houve identificação de *Salmonella* spp na hemocultura (2 *Salmonella enteritidis*, 1 *Salmonella typhimurium* e 1 *Salmonella newport*). Três tiveram também coprocultura positiva.

Três cumpriram terapêutica com ceftriaxone, tendo um deles, por manutenção do agravamento clínico e suspeita de megacólon tóxico, feito antibioterapia tripla com ceftriaxone, gentamicina e metronidazol.

Discussão/conclusão

Esta série de casos vem alertar para o facto de que, apesar de não ser o mais comum, as bacteriémias a *Salmonella* não typhi podem acontecer em crianças saudáveis, sem qualquer fator de risco e com idade >1 ano. Por esta razão, em quadros de diarreias febris prolongados, principalmente havendo consumo de alimentos suspeitos ou viagens a países de elevada incidência, esta hipótese deve ser equacionada e pedida hemocultura.

Já em concordância com a literatura, a *Salmonella enteritidis* e a *typhimurium* (responsáveis por 80% dos casos de doença invasiva), foram identificados em três dos casos.

Em casos de bacteriémia, a terapêutica antibiótica é crucial para a melhoria clínica, sendo a antibioterapia definida consoante os padrões de resistência locais.