

# 17as

Jornadas  
da Sociedade  
de Infeciologia  
Pediátrica

*Evento digital*

## RESUMOS

## COMUNICAÇÕES ORAIS

## POSTERS



# ÍNDICE

REVISORES .....	3
COMUNICAÇÕES ORAIS .....	4
A saliva é uma amostra fidedigna para monitorização de SARS-CoV-2 em crianças e adultos .....	5
How big was the impact of COVID-19 on other paediatric infectious diseases? .....	6
Importante redução na prescrição antibiótica em ambulatório pediátrico em Portugal durante a pandemia	7
Miocardite COVID-19 em doente com cardiopatia. O fio da navalha.....	9
O impacto da pandemia COVID-19 nas infeções víricas do SNC.....	10
Síndrome inflamatório multissistémico em crianças: estudo de 7 casos .....	11
Meningite Tuberculosa: evolução rara mas grave ao longo de 21 anos.....	12
Tuberculose disseminada – a propósito de 2 casos clínicos na era pós-BCG .....	13
Viajar com crianças .....	14
Gastroenterite aguda bacteriana num hospital terciário: experiência dos últimos 9 anos.....	15
Bacteriemia por <i>Escherichia coli</i> – 11 anos de evolução .....	16
Doença rara com complicações infecciosas graves .....	17
Infeção por Influenza e uso de oseltamivir .....	18
Infeção urinária numa urgência pediátrica – o que mudou?.....	19
Infeções por Parechovirus humano (HpeV) depois do surto de 2016 .....	20
Manifestações atípicas do vírus de Epstein-Barr (EBV) em Pediatria .....	21
Perfil evolutivo das hemoculturas num serviço de pediatria .....	22
Pneumonia por <i>Pneumocystis jirovecii</i> em idade pediátrica .....	23
VACCELERATE – participação portuguesa.....	24
POSTERS.....	25
Abcesso cerebral criptogénico: um caso de apresentação súbita num adolescente saudável .....	26
Adenite mesentérica como forma de apresentação inicial de MISC-C.....	27
Análise dos exames microbiológicos de um serviço de urgência pediátrico - casuística de um ano.....	28
Ataxia aguda pós COVID-19 .....	29
<i>Bartonella henselae</i> como causa de neuroretinite num adolescente saudável .....	30
Cefaleia e vômitos em contexto de depressão major.....	31
Celulite orbitária a <i>Neisseria gonorrhoeae</i> : um agente incomum .....	32
COVID-19: as escolas foram a fonte de contágio na idade pediátrica? .....	33
COVID-19: internamento domiciliário pediátrico – novas respostas para uma doença emergente .....	34
Do gato ao gânglio e ao baço – jornada de uma <i>Bartonella</i> .....	35
Doença da arranhadela do gato como diagnóstico diferencial de massa cervical .....	36
Doença hepatosplénica por <i>Bartonella henselae</i> – qual o valor da antibioticoterapia? .....	37
E depois da imunoglobulina e do corticóide? - Um caso de Kawasaki refratário .....	38
Ectima gangrenoso em lactente com choque séptico .....	39
Encargo clínico e económico da doença invasiva pneumocócica a nível hospitalar em Portugal – racional e desenho do estudo SPHERE na sua perspetiva pediátrica.....	40
Espondilodiscite a <i>Pseudomonas aeruginosa</i> .....	41
Exantema em tempo de pandemia.....	42
Infeção nosocomial por SARS-CoV-2 em criança internada em unidade de cuidados intensivos .....	43

Infeção recorrente a SGB e SARS-CoV-2 : coincidência ou não? .....	44
Infeções sexualmente transmissíveis na adolescência em tempos de pandemia – caso clínico .....	45
Meningite aguda por <i>Listeria monocytogenes</i> : um caso em idade atípica .....	46
Meningite viral complicada de labirintite: um agente incomum .....	47
Neurocisticercose (NCC) - infeção parasitária a não esquecer .....	48
O uso da fosfomicina em idade pediátrica .....	50
Os desafios de diagnóstico numa meningite um de um recém-nascido .....	51
Osteomielite aguda – idade e localização raras.....	52
Parasitas em viagem: larva <i>Migrains</i> cutânea - a propósito de um caso clínico.....	53
Pneumonia COVID e doença de células falciformes .....	54
Profilaxia antibiótica após extração dentária? .....	55
Síndrome de choque tóxico e hepatite colestática em tempos de pandemia COVID-19 .....	56
Susceptibilidade a tuberculose associada ao tratamento anti-TNF $\alpha$ .....	57
Tartaruga como animal de estimação, será boa opção? .....	58
Tosse convulsa: casuística de 10 anos de um hospital nível III .....	59
Treze meses de SARS-CoV2 em idade pediátrica: casuística de um hospital distrital .....	60
Tuberculose silenciosa .....	61
Tuberculose - uma apresentação atípica .....	62
Tuberculose: uma epidemia escondida pela pandemia .....	63
Tuberculose vertebral com envolvimento epidural, uma forma rara.....	64
Um caso de purpurona numa criança de 5 anos .....	65
Um caso tardio de BCGite .....	67
Um raro caso de abscesso cerebral após higienização dentária .....	68
Uma apresentação incomum de infeção por VHS-1 .....	69
Vacina anti-rotavírus no programa nacional de vacinação: a quem e quando? – caso clínico.....	70

# REVISORES

Os revisores dos trabalhos das 17<sup>as</sup> Jornadas da Sociedade de Infeciologia Pediátrica foram:

- Amélia Cavaco;
- Ana Brett;
- Ana Sofia Simões;
- Catarina Gouveia;
- Diana Moreira;
- Manuela Costa Alves;
- Maria João Virtuoso;
- Mónica Braz;
- Paula Correia.

# COMUNICAÇÕES ORAIS

(Por ordem de apresentação)

## 06 maio 2021 – 17h10min

### A saliva é uma amostra fidedigna para monitorização de SARS-CoV-2 em crianças e adultos

Marta Alenquer<sup>1</sup>, Filipe Ferreira<sup>1</sup>, Mónica Medina<sup>1</sup>, José Delgado Alves<sup>2,3</sup>, Ricardo B. Leite<sup>4</sup>, Tiago Milheiro Silva<sup>5</sup>, Maria João Brito<sup>5</sup>, and Maria João Amorim<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cell Biology of Viral Infection Lab, Instituto Gulbenkian de Ciência, Oeiras, Portugal; <sup>2</sup>Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE, IC 19 – Venteira, Amadora; <sup>3</sup>CEDOC NOVA, Centro de Estudos de Doenças Crónicas, Nova Medical School, Universidade Nova de Lisboa; Lisboa, Portugal; <sup>4</sup> Genomics Unit, Instituto Gulbenkian de Ciência; Oeiras, Portugal; <sup>5</sup>Unidade de Infeciologia. Área de Pediatria. Hospital Dona Estefânia. Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central. Lisboa, Portugal.

#### Introdução

O vírus da *Síndrome respiratória aguda grave* 2 responsável pela pandemia de 2019 teve consequências devastadoras para a saúde pública. Em 16 meses, registaram-se mais de 141 milhões de infeções e mais de 3 milhões mortes. O método mais sensível para o diagnóstico é o RT-qPCR em amostras de exsudado nasofaríngeas colhidas por zaragatoa. Este método, para além de invasivo requer complexa logística e acarreta risco de exposição ao vírus pelos profissionais de saúde. Uma amostragem alternativa é a saliva.

#### Objetivo e metodologia do estudo

Desenvolvemos um estudo não interventivo para averiguar se a saliva é uma alternativa sensível na deteção de SARS-CoV2 em crianças e adultos internadas com SARS-CoV-2 diagnosticado por amostra nasofaríngea e RT-qPCR realizada em contexto hospitalar. Foi feita colheita de saliva desfasada no máximo em 2 dias, processada e Soroavir também por RT-qPCR no Instituto Gulbenkian de Ciência.

#### Resultados

De um total de 196 amostras obteve-se uma sensibilidade dos testes em amostra de saliva de 81.0% e especificidade de 98.98%. Em doentes adultos hospitalizados (n=49), com sintomas iniciados até 7 dias, a sensibilidade dos testes foi de 100%. Em crianças até aos 10 anos (n=57), a sensibilidade foi de 81.0% e a especificidade de 100%. A deteção diminuiu para 30% quando o número de ciclos acima de ruído (CTs, do inglês *cycle threshold*) das amostras de zaragatoa estavam acima de 34, pelo que este é o limite de deteção pela saliva neste desenho experimental.

#### Discussão

A ausência de terapêuticas eficazes e de imunidade da população, faz com que uma das melhores formas de impedir o aumento de infeções seja diminuir a circulação do vírus. Para tal é necessária uma identificação rápida de pessoas infetadas e da sua rede de contágios com isolamento das mesmas. O uso da saliva como amostra de testagem é um método não invasivo, permite que a amostra seja colhida pelo próprio indivíduo ou por um adulto não profissional nos casos pediátricos e por isso expande a capacidade de testagem e reduz o custo das análises, tendo uma mais-valia acrescentada para avaliação de crianças.

## How big was the impact of COVID-19 on other paediatric infectious diseases?

Inês Taborda<sup>1</sup>, Cátia Martins<sup>2</sup>, Rita Pita<sup>2</sup>, Ricardo Craveiro Costa<sup>2</sup>, Mariana Domingues<sup>2</sup>, Fernanda Rodrigues<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; <sup>2</sup> Hospital Pediátrico – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

### Introduction and objectives

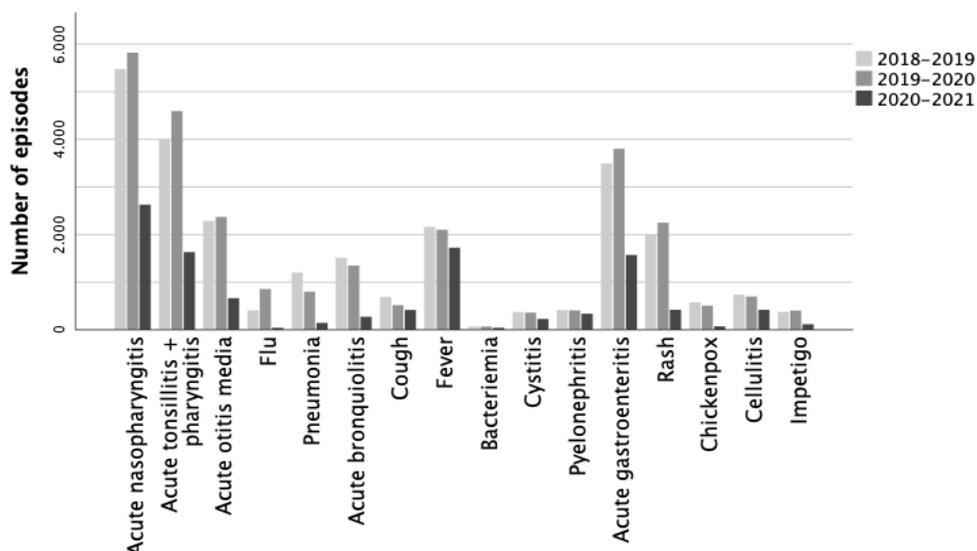
The COVID-19 pandemic caused unexpected effects on the use of paediatric healthcare worldwide. This study aims to characterise its impact on the most common infectious diseases in an Emergency Service (ES) of a tertiary paediatric hospital.

### Methods

This is an observational and retrospective study, with analysis of the most common infection-related admissions in an ES during the COVID-19 pandemic. Using ICD-9 and 10 discharge codes for the main diagnosis, we compared the pandemic's first year (from March 2020 to February 2021) with two homologous periods in the previous two years (March 2018 to February 2019 and March 2019 to February 2020). Statistical analysis was performed on SPSS version 26.

### Results

63493 episodes were analysed: 25816 in 2018-2019; 26930 in 2019-2020; 10747 in 2020-2021. The median age during these periods was 2, 3 and 3 years, respectively. In 2020-2021, the total number of infection-related admissions decreased approximately 60%, compared with the previous periods. The number of cases for the most common infectious diseases in each period is presented in figure.



A similar analysis was performed for children under 1 year, which showed similar results.

### Conclusion

During the pandemic, a major reduction in most infectious diseases was observed, mainly in respiratory diseases and acute gastroenteritis, probably due to the closure of schools and day-care centres, lockdown, physical distance, masks, and hygiene measures.

## Importante redução na prescrição antibiótica em ambulatório pediátrico em Portugal durante a pandemia

José Alarcão<sup>1</sup>, Ana Teresa Gil<sup>1</sup>, Fernanda Rodrigues<sup>1</sup>

1- Serviço de Urgência e Unidade de Infeciologia, Hospital Pediátrico – CHUC

### Introdução e objetivos

A pandemia COVID-19 alterou o acesso aos cuidados de saúde, que se associou a uma diminuição de várias doenças infecciosas, consequente a períodos de confinamento, distanciamento físico e ao uso generalizado de máscaras e medidas de higiene.

O objetivo deste estudo foi comparar os perfis de prescrição antibiótica em ambulatório em idade pediátrica antes e durante a pandemia.

### Metodologia

Obtivemos dados de prescrição antibiótica, em Dose Diária Definida (DDD), a partir da plataforma “BI-CSP” do Ministério da Saúde, definindo período pré-pandemia de Março/2018 a Fevereiro/2020 e período pandemia de Março/2020 a Fevereiro/2021. Considerámos as regiões (NUTS II–Eurostat) correspondentes às regiões organizacionais do SNS e o consumo de antibióticos sistémicos expresso em DDD/1000 crianças e adolescentes/dia (DHD).

### Resultados

Durante a pandemia, prescreveu-se uma média de 6,36DHD (2018=14,63DHD; 2019=14,64DHD), sendo os valores máximos para Amoxicilina+Ácido-Clavulânico (2,58DHD), em Lisboa e Vale do Tejo (LVT; 7,21DHD), em Março (10,67DHD) e em crianças dos 8<18 anos (6,57DHD) e valores mínimos no Alentejo (4,28DHD), em Abril (4,04DHD) e em <8 anos (6,06DHD).

Verificou-se uma quebra de consumo de antibióticos de 55,8%, que foi maior no Alentejo (-58,72%), em Fevereiro (-72,28%) e em crianças com <8 anos (-67,46%), e menor em LVT (-55,32%), em Setembro (-24,45%) e dos 8<18 anos (-43,11%). A prescrição diminuiu de 13,87% para 9,01% do total de medicamentos prescritos.

Dos antibióticos mais prescritos, a redução foi maior na Amoxicilina (-70,03%), nos Macrólidos (-62,27%), e na Amoxicilina+Ácido Clavulânico (-58,23%) e menor no Cefuroxime (-42,98%), Flucloxacilina (-35,38%), Fosfomicina (-15,80%) e SMX-TP (-9,07%), com ligeiro aumento nas Tetraciclina (+1,56%).

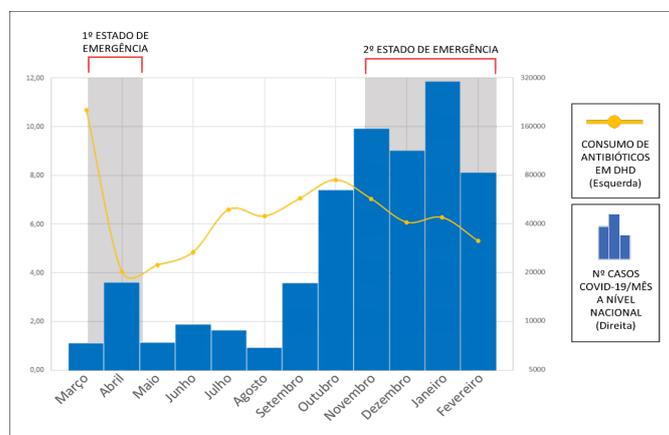


Gráfico 1: Consumo de Antibióticos (DHD) durante a pandemia Covid-19 (Nº casos/mês a nível nacional).

**Discussão/conclusão**

Observou-se uma redução muito importante da utilização de antibióticos em ambulatório pediátrico durante a pandemia, que foi maior para Amoxicilina (com ou sem inibidor das B-Lactamases) e Macrólidos, antibióticos maioritariamente associados ao tratamento de infeções respiratórias. Antibióticos de uso habitual em infeções do trato urinário (Cefuroxime, Co-Trimoxazol e Fosfomicina) ou em infeções cutâneas (Flucloxacilina), tiveram reduções menores.

Esta diminuição foi mais marcada nos períodos de agravamento da pandemia e de implementação do estado de emergência, em particular no início da pandemia. Será muito importante avaliar o impacto desta redução na resistência aos antimicrobianos.

## Miocardite COVID-19 em doente com cardiopatia. O fio da navalha

Joana Suarez<sup>1</sup>, Tiago Milheiro Silva<sup>1</sup>, Conceição Trigo<sup>2</sup>, Isabel Menezes<sup>3</sup>, Maria João Brito<sup>1</sup>

1 Unidade de Infecologia, Hospital Dona Estefânia, CHULC; 2 Serviço de Cardiologia Pediátrica, Hospital Santa Marta, CHULC; 3 Serviço de Cardiologia Pediátrica, Hospital de Santa Cruz, CHLO

### Introdução

As complicações cardiovasculares da COVID-19 incluem miocardite, arritmias, insuficiência cardíaca e choque. Os mecanismos são atribuídos à infeção viral direta do miocárdio ou à toxicidade indireta da infeção sistémica, que pode desencadear vasculite ou reação de hipersensibilidade.

### Descrição

Criança de 10 anos, com cardiomiopatia dilatada idiopática estabilizada, diagnosticada desde há cinco anos com agravamento súbito da insuficiência cardíaca (FE23%, VE59mm) com dor abdominal, vômitos, diarreia, odinofagia, obstrução nasal, rinorreia e cansaço para esforços progressivamente menores na semana antes do internamento. Na admissão apresentava-se taquicárdica com FC 100bpm, hipotensa TA82/52mmHg e extremidades frias. Na auscultação cardíaca havia sopro holossistólico grau III/VI com ingurgitamento jugular a 35º e hepatomegália 2 cm abaixo da grelha costal. Analiticamente leucócitos  $4.45 \times 10^9/L$ , neutrófilos  $1.08 \times 10^9/L$ , linfócitos  $1.69 \times 10^9/L$ , PCR 10.4mg/L, CK 179U/L, troponina 58.6 pg/mL (VR<15.6) e NT-proBNP 1011pg/mL (VR<317). A PCR SARS-CoV-2 era positiva e a PCR para outros vírus respiratórios nas secreções foi negativa. A 9oronavírus9s9ia do tórax em PA apresentava cardiomegália e infiltrado reticular difuso e o ECG não tinha alterações significativas. O ecocardiograma revelou disfunção sistólica grave (FE14%, VE63mm) pelo que iniciou dopamina e posteriormente milrinona. A TAC torácica era compatível com pneumonia COVID com CVCT1 (*Classic/Probable COVID-19 infection*), pelo que foi associado remdesivir. A RM cardíaca mostrou ventrículo esquerdo marcadamente dilatado (VTD239mL/m<sup>2</sup>) com disfunção grave por hipocinésia global. Observou-se melhoria clínica progressiva e teve alta medicada com carvedilol, furosemida e captopril. Após cinco meses e múltiplos internamentos por descompensação da insuficiência cardíaca com presença de extrassistolia ventricular frequente, com períodos de bigeminismo, colocou cardioversor desfibrilhador implantável. A evolução foi, no entanto, desfavorável e seis meses após a miocardite por SARS-CoV-2 foi submetida a transplante cardíaco.

### Discussão

A evidência da associação entre COVID-19 e aumento da morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares, sobretudo em crianças com patologia cardiovascular prévia, é cada vez mais forte. A monitorização da insuficiência cardíaca e exames complementares, como o ecocardiograma e a ressonância magnética cardíaca, podem auxiliar na investigação. O seguimento é imprescindível, visto que ainda se desconhece a real evolução a longo prazo da disfunção miocárdica nestes doentes, nomeadamente nos que têm doença cardíaca prévia.

## O impacto da pandemia COVID-19 nas infeções víricas do SNC

Mariana Costa, Sofia Rito, Miguel Lucas, Ana Teresa Gil, Mariana Domingues, Lia Gata, Lurdes Correia, Henriqueta Pereira, Fernanda Rodrigues  
 Serviço de Urgência e Unidade de Infeciologia, Hospital Pediátrico-CHUC

### 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 e conclusões

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 sintromico 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.

## Síndrome inflamatório multissistémico em crianças: estudo de 7 casos

Marta Novo<sup>1</sup>, Luis Salazar<sup>1</sup>, Carolina Curto<sup>1</sup>, Carla Teixeira<sup>1</sup>, Alexandre Fernandes<sup>1</sup>, Daniel Meireles<sup>2</sup>, Alzira Sarmento<sup>2</sup>, Filipa Vila Cova<sup>3</sup>, Mariana Magalhães<sup>3</sup>, Marília Loureiro<sup>3</sup>, Sílvia Alvares<sup>3</sup>, Laura Marques<sup>1</sup>

1. Unidade de Infeciologia e Imunodeficiências do Serviço de Pediatria, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário do Porto; 2. Cuidados Intensivos Pediátricos, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário do Porto; 3. Cardiologia Pediátrica, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário do Porto

### Introdução

A infeção SARS-CoV2 pode associada à emergência de uma entidade pediátrica de inflamação multissistémica e choque (Síndrome Inflamatório Multissistémico em crianças: MIS-C) que pode apresentar semelhanças à Doença de Kawasaki (KW) e choque tóxico.

### Objetivos

Descrição dos casos de MIS-C em internamento num hospital nível-III.

### Métodos

Realizou-se estudo descritivo retrospectivo dos doentes com < 18 anos, admitidos em internamento num hospital nível III desde 1 Outubro de 2020 até 28 Fevereiro de 2021, que cumpriam critérios de diagnóstico para MIS-C da OMS. Analisaram-se dados demográficos, comorbilidades, sintomas, fenótipo, investigação analítica/imagiológica, complicações e tratamento.

### Resultados

Dos 217 doentes com COVID-19/infeção SARS-CoV2, 39(17,5%) necessitaram de internamento hospitalar, dos quais 7(3,2%) cumpriam critérios de diagnóstico MIS-C com idade média de 10 anos e 5 meses (5-15 anos). MIS-C é ligeiramente mais frequente no sexo masculino (n=5;71%) e 3 apresentavam comorbilidades (estenose pulmonar valvular ligeira e asma). 3(43%) com PCR positiva a SARS-Cov2, 4(57%) com serologia IgG positiva e todos com história prévia de contacto com Covid19. 3(43%) com fenótipo de KW-like (2 completo e 1 incompleto com choque cardiogénico). Na apresentação todos tinham febre, 6(86%) hiperémia conjuntival, 71% exantema, 43% sinais de inflamação mucocutânea, 28% linfadenopatias e 14 edemas das mãos. 71% apresentavam sintomas gastrointestinais. Analiticamente todos apresentavam elevação da proteína C reativa, 6(86%) aumento da ferritina e da VS. Todos com elevação dos D-dímeros e fibrinogénio, 6(86%) aumento do NT-proBNP e 4(57%) aumento da Troponina-T. Três casos de MIS-C admitidos na UCIP por choque/hipotensão(43%), 2(29%) com necessidade de suporte inotrópico, 3(43%) com pericardite aguda e 2(29%) com miocardite. Nenhum apresentou anomalias nas artérias coronárias e um caso com hipertrofia ventricular esquerda transitória. IgIV, corticoterapia e antibioterapia realizados em 6 casos(86%), ácido acetilsalicílico em 2(29%) com fenótipo DK-like e corticoterapia em monoterapia em 1(14%). Tempo médio de internamento hospitalar de 10 dias e não se registou nenhum óbito.

### Discussão

MIS-C surge 3-6 semanas após infeção SARS-CoV2. Não se correlaciona com a gravidade da clínica aguda da infeção viral e pode ocorrer após infeções assintomáticas. É grave e potencialmente fatal. É necessário um elevado índice de suspeição porque PCR SARS-CoV2 pode ser negativa.

## 07 maio 2021 – 13h25min

### **Meningite Tuberculosa: evolução rara mas grave ao longo de 21 anos**

Inês Belo, Ana Margarida Garcia, Tiago Milheiro Silva, Catarina Gouveia, Flora Candeias, Maria João Brito

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

#### **Introdução**

A meningite tuberculosa (MT) é uma entidade rara, responsável por 0,7% de todos os casos de tuberculose (TB). A sua incidência está relacionada com a prevalência de TB na comunidade. Em Portugal, desde 2017 que a vacina BCG é administrada apenas em grupos de risco e a incidência da doença não tem aumentado em idade pediátrica.

#### **Objetivo**

Caracterizar a MT num hospital de nível III e a evolução ao longo dos anos.

#### **Metodologia**

Estudo descritivo de doentes internados com MT, de Janeiro 2000 a Fevereiro de 2021 (21 anos).

#### **Resultados**

Identificámos 13 casos, com uma mediana de idades de 10 anos (mín-6meses, máx-17anos), 8/13 (61,5%) do sexo feminino, 11/13 (84,6%) de origem portuguesa. Apenas uma criança era proveniente de PALOP e outra da Índia. O número de casos manteve-se constante ao longo dos anos. Três crianças tinham patologia crónica: infeção VIH (1), défice IgA (1) e imunodeficiência comum variável (1). A maioria (84,6%) tinha vacina BCG. Identificou-se um caso índice em 8/13 (61,5%) doentes. A clínica cursou com febre (13), alteração do estado de consciência (11), cefaleia/vómitos (8), tosse (3), ataxia (2), convulsão (2), hemiparesia/disartria (1). Em 7/13 crianças, na admissão a evolução da doença era superior a 14 dias. A prova tuberculínica foi positiva apenas num doente e o IGRA em duas crianças. A identificação de *Mycobacterium tuberculosis* por microbiologia/biologia molecular ocorreu em 5/13 (38,5%) doentes. Registou-se apenas um caso de tuberculose multirresistente em 2008. A corticoterapia realizou-se em 12/13 (92,3%) crianças. Sete doentes necessitaram de cuidados intensivos. Observaram-se complicações em 84,6% casos: hidrocefalia (5), convulsões (4), parésia de nervos cranianos (4), défices motores (4), coma (3), acidente vascular cerebral (3) e trombose venosa (1). Uma criança faleceu em 2008 e o diagnóstico foi realizado posmortem.

#### **Discussão/Conclusão**

A MT mantém-se uma doença rara, mas grave. Deve ser considerada na presença de sintomas inespecíficos ou subagudos de infeção neurológica, mesmo na ausência de sintomas respiratórios ou contexto epidemiológico. A baixa sensibilidade dos exames complementares de diagnóstico, torna necessário um elevado nível de suspeição para o tratamento atempado pois a morte pode ocorrer como resultado de diagnóstico incorreto e tratamento tardio.

## Tuberculose disseminada – a propósito de 2 casos clínicos na era pós-BCG

Cláudia Correia, Paula Manuel Vieira, Juliana Cardoso, Joanna Ashworth, Joana Lima, Alzira Sarmiento, Alexandre Fernandes, Carla Teixeira, Ana Ramos, Laura Marques

1. Serviço de Pediatria do CMIN-CHUPorto; 2. Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do CMIN-CHUPorto; 3. Unidade de Infeciologia Pediátrica e Imunodeficiências do CMIN-CHUPorto

### Introdução

A vacinação com a BCG confere proteção contra formas graves de tuberculose em crianças, nomeadamente, formas disseminadas e meníngeas.

Desde 2017 que esta vacinação está limitada aos grupos de risco identificados na norma 006/2016 da DGS. O controlo da tuberculose assenta no diagnóstico e tratamento precoces, com rastreio dos contactos de risco e instituição atempada da quimioprofilaxia.

### Descrição

Caso 1: Lactente, 4 meses, masculino, nascido em 22/09/2017, sem antecedentes relevantes e sem BCG. Internado aos 2 meses por bronquiolite aguda sem isolamento de agente. Por agravamento clínico com insuficiência respiratória aguda e necessidade de VM, é transferido para unidade de cuidados intensivos.

Por agravamento clínico durante a permanência em enfermaria (febre de novo e SDR) é transferido para o nosso hospital. Aqui apresenta necessidade de VNI e episódios paroxísticos de olhar vago, hiporreatividade e reflexos de sucção débeis. Estudo analítico com linfopenia, sem elevação da PCR. LCR com hipoglicorráquia e pleocitose. Consolidação dos lobos superiores e múltiplas adenopatias mediastínicas na TAC torácica. Identificado *M. tuberculosis* nas secreções respiratórias. RMN cerebral com envolvimento meníngeo e intraventricular. Diagnóstico posterior de tuberculose pulmonar (TP) no irmão e pais. Cumpriu terapêutica quádrupla e corticoterapia, com evolução favorável.

Caso 2: Criança, 17 meses, masculino, sem BCG, com atresia ileal com vólvulo submetida a enterectomia segmentar em D2 de vida.

Transferido em fevereiro/2021 para o CMIN por febre prolongada, hiporreatividade e irritabilidade, com vômitos esporádicos. LCR com hipoglicorráquia e pleocitose; *Mantoux* positiva às 48h (11mm), sem identificação do *M. tuberculosis* nas secreções respiratórias ou suco gástrico. RMN cerebral com captação leptomeníngea difusa. Iniciou terapêutica anti-tuberculosa quádrupla, com apirexia sustentada e melhoria gradual do estado neurológico.

Diagnóstico de TP na mãe (técnica de laboratório de microbiologia) e colegas de trabalho da mesma. Atualmente com boa evolução clínica, sem alterações oftalmológicas.

### Discussão

A ocorrência de meningite tuberculosa nestes 2 casos não vacinados levanta a questão da adequação da restrição da BCG aos grupos de risco e da sua sinalização atempada no nosso país.

No primeiro caso falhou a identificação de critérios para a administração de BCG.

A pandemia COVID-19 agravou as fragilidades existentes na rede de diagnóstico e tratamento da Tuberculose no adulto.

## Viajar com crianças

Cláudia Lemos(1), Rafael Figueiredo(1), Carla Teixeira(2), Sandra Xará(3), Laura Marques(2)

1- Serviço de Pediatria do Centro Materno-Infantil do Norte – Centro Hospitalar e Universitário do Porto; 2- Unidade de Infeciologia e Imunodeficiências do Serviço de Pediatria do Centro Materno-Infantil do Norte – Centro Hospitalar e Universitário do Porto; 3 – Serviço de Infeciologia – Centro Hospitalar e Universitário do Porto

### Introdução

O número de crianças que viaja internacionalmente está a aumentar e o aconselhamento pré-viagem é particularmente importante nesta faixa etária.

### Objetivo

Caracterizar os padrões de viagem das crianças e analisar a adesão às recomendações da consulta do viajante.

### Métodos

Estudo retrospectivo à população pediátrica (idade <18 anos) trazida à consulta do viajante no ano de 2018. Foram revistos os processos clínicos eletrónicos e questionários pré-viagem. Após a viagem, foi realizada uma entrevista por telefone aos pais.

### Resultados

Um total de 241 crianças foi observado em consulta pré-viagem, com uma mediana de idade de 7 anos. Os destinos mais comuns foram África (37,9%) e América do Sul (34,2%) e o motivo de viagem mais frequente foi turismo (51,4%). Obtivemos 111 respostas ao questionário pós-viagem: 83,8% apenas consumiu água engarrafada, 71,2% evitou sempre o consumo de alimentos ou bebidas suspeitas; 67,6% aplicou sempre repelente de mosquito; 77,5% aplicou sempre protetor solar, 97,0% aderiu à vacinação prescrita e apenas 3 crianças não realizaram corretamente a quimioprofilaxia da malária recomendada. Houve uma diferença significativa no consumo de água engarrafada ( $p<0,001$ ) e no uso de repelente de mosquito ( $p<0,05$ ) em crianças que visitaram familiares e amigos. Dezasseis (14,4%) crianças apresentaram pelo menos um sintoma durante a viagem, maioritariamente febre ( $n=9$ ) e diarreia ( $n=4$ ).

### Discussão/Conclusão

Os destinos de viagem mais frequentes foram países de língua Portuguesa. A adesão às recomendações pré-viagem foi elevada. As crianças que visitaram família e amigos seguiram significativamente menos as recomendações, e, portanto, requerem particular atenção nas consultas pré-viagem. As doenças relacionadas com a viagem foram na sua maioria ligeiras e autolimitadas.

A educação e aconselhamento parental sobre as medidas preventivas são cruciais para uma viagem segura e devem ser sempre realçadas na consulta pré-viagem, particularmente em viajantes a visitar família e amigos.

# 07 maio 2021 – 15h45min

## Gastroenterite aguda bacteriana num hospital terciário: experiência dos últimos 9 anos

Daniela Araújo<sup>1</sup>, Mariana Portela<sup>1</sup>, Rita Aldeia da Silva<sup>1</sup>, Bruna Malheiro<sup>2</sup>, Marina Majar<sup>2</sup>, Aurélio Mesquita<sup>2</sup>, Manuela Costa Alves<sup>1</sup>

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

### Introdução

A gastroenterite aguda (GEA) é uma causa frequente de recurso aos serviços de saúde em idade pediátrica. Apesar dos vírus constituírem os principais agentes de GEA, as bactérias estão na origem em 10-20% dos casos.

### Objetivos

Caraterizar os agentes etiológicos envolvidos nas GEA bacterianas e sua correlação clínica, epidemiológica, terapêutica, complicações associadas e suscetibilidade antibiótica.

Metodologia: Estudo observacional, transversal, realizado no serviço de Pediatria de um Hospital nível III. A amostra incluiu a população pediátrica observada entre 2012 e 2020, no serviço de urgência, internamento e consulta externa com o diagnóstico clínico de GEA e coprocultura com isolamento de agente, sendo critérios para a sua realização a presença de sangue e/ou muco nas fezes, diarreia prolongada (>7 dias), febre elevada e/ou cólicas abdominais intensas.

### Resultados

Do total de 1973 coproculturas, 28,7% foram positivas (n=566), a maioria para *Campylobacter spp* (68,0%;n=385), seguido da *Salmonella spp.* (25,6%;n=145). O *Campylobacter jejuni* (82,8%;n=319) e a *Salmonella typhimurium* (55,2%;n=80) foram os principais 15oronavír, de predomínio no Verão. A média anual foi de 63 casos, variando de 18-116/ano. A mediana de idade ao diagnóstico foi 2 anos e 4 meses (1 mês–17 anos) e 58,3% (n=330) eram do sexo masculino. Foi identificado contexto epidemiológico em 40,6% (n=230), a maioria por contexto familiar (38,7%; n=90). O principal sintoma identificado foi a febre (86,4%;n=489). Em 63,2% (n=358) foi reportado sangue e/ou muco nas fezes, tendo a diarreia durado mais de 7 dias em 10,1% (n=57). Em 50 doentes (8,8%) foi identificada co-infecção vírica com adenovírus e/ou rotavírus. Realizaram fluidoterapia endovenosa 27,4% dos doentes (n=155). Em 143 doentes (25,3%) foi necessário internamento. Como complicações, é de reportar a ocorrência de invaginação ileocólica em 2 doentes e 1 caso de bacteriemia por salmonela numa criança de 8 anos previamente saudável. O recurso à terapêutica antimicrobiana ocorreu em 13,4% dos doentes (n=76).

### Discussão/Conclusão

O *Campylobacter* foi o agente mais frequentemente identificado durante todos os anos do estudo. Contrastando com estudos europeus e nacionais, o serotipo de *Salmonella* mais frequentemente isolado foi a *Salmonella Typhimurim*. O fator de risco para GEA mais frequentemente foi o contexto familiar de doença.

## Bacteriemia por *Escherichia coli* – 11 anos de evolução

Beatriz Sá<sup>1</sup>, Caroline Lopes<sup>1</sup>, Mariana Lopes<sup>1</sup>, Maria Manuel Zarcos<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Pediatria – Centro Hospitalar de Leiria, EPE

### Introdução

Em idade pediátrica a Hemocultura (HC) faz parte da investigação num quadro febril com gravidade clínica. A *Escherichia coli* (*E. coli*) é a bactéria gram-negativo mais frequentemente isolada e associa-se maioritariamente a infeções do trato urinário e sépsis neonatal.

### Objetivo

Caracterizar os casos de crianças com hemoculturas positivas a *E. coli* entre 2010 e 2020.

### Metodologia

Estudo retrospectivo descritivo com consulta dos processos clínicos de crianças com hemoculturas positivas a *E. coli*, entre 1 de janeiro de 2010 e 31 de dezembro de 2020. Analisámos variáveis demográficas, clínicas e exames complementares de diagnóstico. Dividimos a amostra em dois grupos: neonatal (idade <28 dias) e pediátrico (idade >28 dias).

### Resultados

Obtivemos 33 HC positivas a *E. coli* (12 no grupo neonatal e 21 no grupo pediátrico), correspondendo a 20,6% das HC positivas durante o período estudado. Tinham idade inferior a 36 meses 89% das crianças. A mediana de idades foi de 2,6 [0,36;7,61] meses (9 dias [3,0;11,7] no grupo neonatal, e 3,9 meses [2,63;14,75] no grupo pediátrico). No grupo neonatal houve uma predominância do sexo masculino (83,3% vs 16,7%) que não se verificou no grupo pediátrico (52,4% vs 47,6%). O diagnóstico mais frequente em idade pediátrica foi pielonefrite aguda (81%), e em idade neonatal pielonefrite aguda (58%) e sépsis neonatal (33%), destacando-se ainda um caso de meningite neonatal e dois casos de peritonite em idade pediátrica. Cumpriam critérios de sépsis 91% das crianças (100% no grupo neonatal, 85,7% no grupo pediátrico). Das crianças com infeção do trato urinário (ITU) (n=25), quatro (16%) tinham malformação nefro-urológica conhecida e três (12%) já tinham tido pelo menos uma ITU prévia. Observámos uma resistência de 36,3% à ampicilina, 15,2% ao trimetropim-sulfametoxazol e 9,1% à amoxicilina/ácido clavulânico, não se tendo identificado nenhuma estirpe de *E. coli* produtora de beta-lactamase de espectro alargado. Todos os casos evoluíram para cura sem sequelas.

### Discussão/Conclusão

Neste período o número de bacteriemias a *E. coli* não apresentou variações significativas, afectando predominantemente crianças com menos de 3 anos de idade. Os diagnósticos mais frequentes foram pielonefrite aguda e sépsis neonatal. Mais de um terço das estirpes isoladas era resistentes a ampicilina.

## Doença rara com complicações infecciosas graves

Helena Pires Pereira, Mariana Sebastião, Ana Rita Fradique, Fernanda Rodrigues, Sónia Lemos  
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

### Introdução

A imunodeficiência combinada severa (SCID) é uma imunodeficiência primária rara com diversas causas genéticas conhecidas, na qual existe a ausência de número e/ou função de linfócitos T, podendo estar associada a ausência de linfócitos B e/ou linfócitos NK. Este défice imunológico conduz a uma maior suscetibilidade a infeções graves, sendo geralmente fatal no primeiro ano de vida, na ausência de diagnóstico e tratamento. A única terapêutica curativa disponível é o transplante de células hematopoéticas pluripotenciais (TCHP) de um dador alogénico compatível. Descreve-se um caso de um lactente com diagnóstico de SCID.

### Descrição de caso

Lactente de 4 meses que recorreu ao serviço de urgência com quadro arrastado de vômitos, diarreia e prostração que surgiram após administração da vacina contra Rotavírus com necessidade de internamento. Subsequentemente teve infeção urinária por E.coli multissensível e pneumonia por Pneumocystis jirovecii com necessidade de ventilação mecânica.

Por apresentar linfopenia grave e ausência de sombra tímica na radiografia torácica, foi colocada a hipótese de SCID. O estudo fenotípico foi sugestivo de SCID T negativo, B positivo e NK negativo, tendo sido iniciada terapêutica antivírica, antibiótica e antifúngica alargada. O diagnóstico foi posteriormente confirmado por estudo genético, revelando variante c.562C>T p.(Gln188\*), em hemizigotia no gene IL2RG codificador da cadeia Y comum.

Durante o internamento, iniciou picos febris associados a edema na região peripalpebral esquerda. A TC das órbitas revelou destruição óssea do osso zigomático esquerdo, sendo o estudo histológico compatível com osteomielite. Pela suspeita de mucormicose foi iniciada anfotericina B. Foram também identificadas múltiplas formações nodulares hipoecogénicas esplénicas e hepáticas, enquadradas no quadro infeccioso multissistémico.

Apesar de extensa investigação microbiológica em material de biópsia da lesão óssea (16S RNA, PCR para micobactérias e culturas) e hemoculturas não foi isolado agente etiológico, tendo havido boa evolução clínica. Aguarda transplante de células hematopoéticas, o único tratamento curativo.

### Discussão

Este caso retrata uma doença rara, com complicações infecciosas graves, apesar da terapêutica antimicrobiana alargada. Pneumonia por Pneumocystis jirovecii, linfopenia e ausência de sombra tímica devem sempre levantar a suspeita de SCID.

## Infeção por Influenza e uso de oseltamivir

Catarina Serrasqueiro Teixeira(1,2), Maria Manuel Zarcos(2)

1. Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2. Centro Hospitalar de Leiria

### Introdução

A terapêutica com oseltamivir está recomendada nos doentes internados por infeção a influenza, devendo ser iniciada precocemente, preferencialmente nas primeiras 48h após o aparecimento dos sintomas.

### Objetivos

Caracterizar os internamentos por infeção a influenza; verificar se existiram diferenças com a terapêutica com oseltamivir.

### Metodologia

Análise retrospectiva dos processos clínicos das crianças/adolescentes internados com deteção do vírus influenza por PCR/pesquisa de antígenos nas secreções 18oronavírus18s, no período de 2017-2020. Divisão em dois grupos: G1 – terapêutica com oseltamivir; G2 – sem terapêutica.

Variáveis analisadas: idade; grupo de risco; co-morbilidades; febre; oxigenoterapia; complicações; duração de internamento.

Análise estatística: SPSS-Statistics27, significância:  $p < 0,05$

### Resultados

Internadas 51 crianças/adolescentes por gripe; 28 do G1 (27 com influenza A) e 23 do G2. A mediana de idade foi 15 meses(M) no G1 e 10M no G2. Pertenciam a grupos de risco 4 crianças em ambos os grupos e apresentavam co-morbilidades 14 no G1 e 7 no G2.

Metade iniciaram terapêutica com oseltamivir até às primeiras 24h de internamento ( $n=15$ ) e após os 5 dias (d) de doença (mediana 5d, min-max: 1-15d).

A mediana da duração da febre no G1 foi 6d vs 4,5d no G2( $p=0,1$ ).

No G1, 23 necessitaram de  $O_2$  ( $p=0,9$ ), com uma mediana de duração de 1,5d e de oxigénio máximo 4L/min enquanto no G2 19 necessitaram de  $O_2$  com média de duração de 1,25 dias ( $p=0,7$ ) e um máximo de 3L ( $p=0,08$ ).

Três doentes apresentaram complicações (2 do G1 e 1 do G2) ( $p=0,9$ ). Tiveram sobreinfecção bacteriana 17 (61%) no G1 e 9 (31%) no G2 ( $p=0,1$ ).

A mediana da duração do internamento foi 5d no G1 e no G2 4d ( $p=0,04$ ).

Comparando os que iniciaram oseltamivir até às primeiras 24h de internamento com os que iniciaram terapêutica depois das 24h, verificou-se uma diminuição da duração da febre em 2,5d ( $p=0,04$ ) e da duração do internamento em 2d ( $p=0,04$ ).

### Discussão/Conclusão

Não se verificaram diferenças entre grupos quanto à duração da febre, oxigenoterapia, complicações, infeção bacteriana secundária e duração de internamento.

Quando iniciada terapêutica até às primeiras 24h verificou-se uma redução da duração da febre e do internamento, o que está de acordo com a literatura.

## Infeção urinária numa urgência pediátrica – o que mudou?

Sara Vale<sup>1</sup>, Inês Gameiro<sup>2</sup>, Catarina Coelho<sup>1</sup>, Patrícia Miranda<sup>1</sup>, Teresa Rezende<sup>1</sup>

1 Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Leiria; 2 Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

### Introdução

A infeção do trato urinário (ITU) é uma patologia frequente em idade pediátrica, que deve ser tratada precocemente. Ao iniciar um tratamento empírico é importante conhecer os padrões locais de sensibilidade aos antibióticos.

### Objetivos

Caracterização clínica e microbiológica das ITU diagnosticadas na urgência pediátrica (UP) de um hospital de grupo II no ano de 2019 e comparação com a realidade de 2009.

### Metodologia

Estudo descritivo retrospectivo baseado na consulta do processo informático das crianças/adolescentes observados na UP em 2019 com ITU confirmada. Considerou-se ITU a identificação de colónias por gérmem único/predominante: qualquer número por punção vesical,  $\geq 10^4$  por sonda vesical e  $\geq 10^5$  por jato médio. Variáveis analisadas: demográficas, antecedentes, método de colheita, gérmem, antibiograma e terapêutica. Análise em SPSS 26®,  $\alpha=0,05$ .

### Resultados

Obtiveram-se 349 uroculturas positivas, correspondentes a 316 crianças/adolescentes, 73% do género feminino, com média de idade de  $5,5 \pm 5,5$  anos (mínimo 10 dias, máximo 17,9 anos). Antecedentes de ITU em 15% e de patologia nefrourológica em 4%.

Os antibióticos de eleição foram as cefalosporinas de 2ª geração (CEF2) para as pielonefrites (89%) e a amoxicilina/ácido clavulânico (AMCL) para as cistites (68%).

Similarmente a 2009, os agentes mais frequentes foram *E.coli* (79% vs 72%) e *P. mirabilis* (18% vs 19%). Em 2019, a resistência da *E.coli* à AMCL foi de 32% e às CEF2 foi de 4,4% (versus 2,5% e 1,7% em 2009, respetivamente). Das ITU a *P.mirabilis*, 12,3% eram resistentes à AMCL e 1,5% às CEF2 (versus 0% para ambas em 2009).

Dos resistentes à AMCL ou CEF2 (41%), houve necessidade de alterar a antibioterapia em 10%.

### Conclusão

A maioria da amostra não apresentava patologia nefrourológica ou outro fator de risco predisponente para ITU.

Tendo em conta os agentes etiológicos identificados e o perfil de susceptibilidade global, a antibioterapia empírica preconizada no serviço parece ser adequada. No entanto, a taxa crescente de resistências da *E.coli* à AMCL é preocupante e poderá implicar uma mudança de abordagem a médio prazo. Apesar das resistências encontradas à AMCL e CEF2, só houve necessidade de alterar a antibioterapia em 10%, o que sugere uma elevada taxa de resistência *in vitro*, sem tradução clínica.

## Infeções por Parechovirus humano (HpeV) depois do surto de 2016

Miguel Lucas, Sofia Rito, Mariana Costa, Inês Linhares, Ana Brett, Lia Gata, Lurdes Correia, Henriqueta Pereira, Fernanda Rodrigues  
 Serviço de Urgência e Unidade de Infeciologia, Hospital Pediátrico-CHUC

### Introdução e objetivos

O HpeV está associado a um amplo espectro clínico na criança de baixa idade, maioritariamente com manifestações gastrointestinais e respiratórias ligeiras, mas podendo causar sépsis e/ou envolver o SNC, o que tem sido reconhecido de forma crescente nos últimos anos. O genótipo Hpev-3, associado a quadros mais graves, tem um padrão de circulação muito variável, alternando picos com vários anos de ausência de casos e pode originar surtos.

Descrevem-se todos os casos diagnosticados, ao longo de 4 anos, num hospital pediátrico terciário. Em 2016 descrevemos o primeiro caso e o primeiro surto neste hospital.

### Métodos

Estudo retrospectivo e descritivo dos casos de infeção por HpeV diagnosticados por PCR no LCR ocorridos entre janeiro 2016 e abril 2021. A pesquisa de HpeV está incluída no painel de vírus e bactérias para infeções do sistema nervoso central, que é utilizado em todas as suspeitas de meningite/encefalite e sépsis.

### Resultados

Foram identificados 8 casos cujas características se apresentam na tabela. A mediana de idades foi de 21 dias (5-52). Apresentaram-se todos com irritabilidade, 7 com febre, 4 com gemido, 3 com exantema, 3 com diarreia. A duração média de internamento foi de 5 dias (1-10). Três crianças foram admitidas em cuidados intensivos: 2 (idade 10 e 15 dias) por quadro de sépsis-like e 1 (idade 5 dias) por episódio crítico, mas nenhuma necessitou de suporte inotrópico ou de ventilação. A evolução foi favorável em todos, não tendo havido compromisso do neurodesenvolvimento. Em 6 casos houve também identificação de HpeV nas fezes.

### Discussão/Conclusão

Após os primeiros casos de infeção por HpeV diagnosticados no hospital, ocorridos em 2016, nos anos seguintes foram detetados apenas casos esporádicos, confirmando o padrão irregular de circulação deste vírus. Apesar da deteção do vírus no LCR, os restantes parâmetros laboratoriais do LCR e os parâmetros inflamatórios séricos não se encontravam alterados. A evolução foi favorável em todos, sem sequelas, apesar da gravidade da apresentação clínica em alguns casos.

Sexo	Idade (dias)	Ano	Mês	Leucócitos/ Neutrófilos (/uL)	TGO/TG (U/L)	PCR (mg/dL)	PCT (ng/mL)	LCR: Células(mm <sup>3</sup> )/ Glicose (mmol/L)/ Proteínas (mg/dL)
M	32	2016	Junho	3.400/830	105/66	<0.03	<0.5	<1/2.3/72.6
M	43	2016	Junho	2.640/1.240	40/25	1.24	<0.5	<1/2.7/46.5
M	13	2016	Julho	5.890/3.820	117/48	<0.03	<0.5	<1/3.4/53.8
M	15	2016	Julho	3.870/2.290	156/29	<0.03	<0.5	2/2.6/82.1
F	5	2016	Julho	7.290/4.180	34/12	<0.03	0.26	<1/57/37
M	52	2016	Agosto	3.500/1.260	49/50	<0.03	<0.5	1/3.1/21.8
M	27	2018	Agosto	3.320/1.060	57/34	0.21	<0.5	½.4/42.8
F	10	2019	Outubro	7.600/5.210	26/8	0.31	0.55	3/3/47

## Manifestações atípicas do vírus de Epstein-Barr (EBV) em Pediatria

Isabel Azevedo, Ana Margarida Garcia, Tiago Milheiro Silva, Catarina Gouveia, Flora Candeias, Maria João Brito

Unidade de Infeciologia do Hospital de Dona Estefânia. CHULC

### Introdução

O vírus Epstein Barr (EBV) encontra-se em cerca de 95% da população mundial. A primoinfecção é mais frequente na infância e habitualmente é autolimitada. Contudo, a infeção complicada e a capacidade de reativação do vírus podem tornar esta entidade um verdadeiro desafio para o clínico.

### Objetivos

Caracterizar as complicações por EBV num hospital pediátrico nível III.

**Metodologia** Estudo retrospectivo descritivo de doentes internados com infeção por EBV, entre 1 de janeiro de 2010 e 31 de dezembro de 2020 (11 anos).

### Resultados

Foram identificados 39 doentes, 59% do género masculino com uma mediana de idade de 7 anos [12meses – 17anos]. As complicações mais frequentes foram hepatite citolítica (22) e obstrução respiratória alta da via aérea (10). Registaram-se complicações do sistema nervoso central em cinco casos: meningites (2), encefalites dos núcleos da base/tâlamas (3). As complicações oncológicas ocorreram em seis doentes com linfomas de *Hodgkin* (3), síndrome linfoproliferativa (2) e linfoma de Burkitt (1). Foram ainda observados casos de síndrome hemafagocítico (4), infeções crónicas ativas (2), *hydroa vaciniiforme* (1) e síndrome linfoproliferativa ligado ao X (1). Outras situações raras incluíram hepatite colestatia (3), anemia hemolítica (2), artrite pós infecciosa (2), rabdomiólise grave (1) e síndrome oculoglandular de *Parinaud* (1). A duração média de internamento foi 15 dias (min-1; máx-5 meses). Foi instituída antibioticoterapia em 71% casos por infeção bacteriana suspeita/confirmada. Foram medicados com rituximab doentes com infeção crónica ativa (2) e *hydroa 21oronavírus* (1) e com imunoglobulina (1) e corticoterapia (1) dois com complicação neurológica. Teês (7,3%) doentes necessitaram de cuidados intensivos. Um doente foi traqueostomizado e um evoluiu para polineuropatia sensitivomotora desmielinizante. Faleceram teês doentes com doença linfoproliferativa (2) e choque séptico (1).

### Discussão/Conclusão

As complicações causadas pelo EBV são raras, mas potencialmente graves. O sistema imunológico é fundamental na prevenção da progressão da doença por EBV e desempenha um papel essencial no desenvolvimento posterior de patologias. Existem ainda muitas dúvidas por esclarecer no que respeita às manifestações atípicas desta infeção. O entendimento de mecanismos imunológicos em diversos órgãos-alvo é um desafio do futuro.

## Perfil evolutivo das hemoculturas num serviço de pediatria

Caroline Lopes, Beatriz Sá, Ariana Gonçalves, Maria Manuel Zarcos  
Centro Hospitalar de Leiria

### Introdução

A hemocultura é o método de diagnóstico de eleição perante a suspeita de bacteriémia, sendo a caracterização epidemiológica essencial para a instituição de antibioterapia empírica adequada.

### Objetivos

Caracterizar as hemoculturas positivas a agentes patogénicos e avaliar a sua evolução.

### Metodologia

Estudo retrospectivo descritivo baseado nos resultados microbiológicos de agentes patogénicos isolados em hemoculturas de crianças e adolescentes com idades compreendidas entre 1 mês e 18 anos, no período de Janeiro 2010 a Dezembro 2020. Variáveis analisadas: demográficas, clínicas e laboratoriais. Tratamento estatístico dos dados com recurso ao SPSS versão 25.0 ( $p < 0.05$ ).

### Resultados

Realizou-se um total de 15371 hemoculturas, 456 foram positivas (3%), com uma taxa de contaminação de 1,8%. Foram positivas a bactérias potencialmente patogénicas, 153 (1%) hemoculturas, num total de 118 doentes. A mediana de idades foi de 9<sup>a</sup>9M [1M- 17<sup>a</sup>1M], com uma média de 10,6 isolamentos/ano.

O *Streptococcus pneumoniae* foi a bactéria mais frequentemente isolada, com 33 (28%) casos, 22 (67%) até 2015 (introdução da vacina no PNV). Houve 1 germen com resistência à benzilpenicilina e outro à ampicilina. O *Staphylococcus aureus* foi a segunda bactéria mais isolada ( $n=22$  (19%)), um caso com resistência à metilicina. Isolou-se *E. coli* em 21 casos (18%), tefts (14%) dos quais com resistência à amoxicilina e ácido clavulânico. Em 13 casos (11%) isolou-se *Streptococcus pyogenes*, todos com sensibilidade à ampicilina. Houve crescimento de *Haemophilus influenzae* em 7 casos (6%), 3 eram do tipo B e todos estavam vacinados. A *Neisseria meningitidis* foi isolada em 6 (5%) casos, 4 do serotipo B (doentes não vacinados) e 2 do serotipo Y. Faleceram 3 doentes; uma doente oncológica com infeção por *S. aureus* metilicina resistente e dois doentes por falência multiorgânica com infeção por *S. pneumoniae* e *Haemophilus influenzae*.

### Discussão/Conclusão

Tivemos uma baixa taxa de hemoculturas positivas (1%) comparativamente com outros estudos com taxas de positividade de 4,9-9,6%. A taxa de contaminação foi inferior à recomendada (3%). Não parece existir alteração do padrão de resistência aos antimicrobianos relativamente ao *Streptococcus pneumoniae* e *Staphylococcus aureus*. A implementação de vacinas no PNV veio alterar a epidemiologia infecciosa.

## **Pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* em idade pediátrica**

Joana G. Vieira, Tiago Milheiro Silva, Ana Margarida Garcia, Catarina Gouveia, Flora Candeias, Maria João Brito

Unidade de Infeciologia Pediátrica, Hospital Dona Estefânia, CHULC, Lisboa

### **Introdução**

A pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* (PCP) é uma infeção potencialmente fatal que ocorre sobretudo em indivíduos imunocomprometidos. A sua prevalência diminuiu drasticamente na infeção por VIH, mas continua a ser uma causa significativa de pneumonia em crianças com neoplasia hematológica, imunodeficiência primária, terapêutica com corticóides, doença reumatológica e desnutrição grave.

### **Objetivos**

Caracterizar a pneumonia por PCP num hospital de nível III

### **Metodologia**

Estudo retrospectivo, descritivo realizado entre 2011 e 2020 (10 anos) de doentes (idade < 18 anos) com PCP, com PCR *Pneumocystis jirovecii* positiva nas secreções respiratórias.

### **Resultados**

Identificados 12 doentes, com mediana de idades de 6,5 meses (mín-3 meses, máx-3anos), com doença neoplásica (3) (leucemia linfoblástica aguda, leucemia mielóide aguda e nefroblastoma sob quimioterapia), e imunodeficiência combinada severa (SCID) (3), com doença renal crónica/dislásia bronco-pulmonar sob ventilação domiciliária (2), neutropenia congénita severa (1), tuberculose pulmonar/meningea (1), linfangioendotelomatose multifocal (1) e SIDA (1). Todos os doentes apresentaram dificuldade respiratória progressiva e infiltrado intersticial bilateral na radiografia de tórax, com hipoxemia em 91,7%. 6/12 necessitaram de ventilação invasiva (mediana 12,5 dias, mín-5, máx-24 dias). A terapêutica cursou com cotrimoxazol e corticoterapia. Cinco doentes tinham coinfeções com *Mycobacterium tuberculosis*, VSR, rinovírus, CMV, coronavírus-43 e SARS-CoV-2. Faleceram três crianças no contexto de agravamento de doença de base com SCID (n=2) e SIDA (n=1). O tempo médio de internamento foi de 61 dias (mín-7, máx-294 dias).

**Discussão** Este estudo sustenta a gravidade da PCP independentemente da doença de base, reforçando a necessidade de suspeitar desta infeção num doente imunocomprometido com pneumonia hipoxemiante. Os métodos moleculares de diagnóstico ainda que sensíveis, não permitem distinguir colonização de infeção, e esta situação é ainda mais difícil quando há também coinfeção pulmonar por outros agentes. No entanto, perante a potencial gravidade do quadro, é fundamental iniciar terapêutica dirigida o mais precocemente possível. A diminuição de incidência de PCP na infeção VIH evidencia a eficácia da prevenção da transmissão vertical e da atual terapêutica antirretroviral.

## VACCELERATE – participação portuguesa

Joana Lima<sup>1</sup>, Luís Salazar<sup>1</sup>, Carolina Curto<sup>1</sup>, Carla Teixeira<sup>1,2</sup>, Alexandre Fernandes<sup>1,2</sup>, Caldas Afonso<sup>1</sup>, Rui Sarmiento e Castro<sup>3</sup>, Helena Ramos<sup>4</sup>, Esmeralda Neves<sup>5</sup>, Teresa Almeida<sup>6</sup>, Luísa Lobato<sup>6</sup>, Laura Marques<sup>1,2</sup>.

1. Serviço de Pediatria do Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN) do Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUPorto); 2. Unidade de Infeciologia Pediátrica e Imunodeficiências, Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN) do Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUPorto); 3. Serviço de Infeciologia do Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUPorto); 4. Unidade de Biologia Molecular do Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUPorto); 5. Serviço de Imunologia Clínica do Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUPorto); 6. Departamento de Ensino, Formação e Investigação do Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUPorto)

### Introdução

A pandemia COVID-19 revelou-se um grande desafio para os sistemas de saúde a nível mundial. A vacinação em massa é a ferramenta mais útil para tentar conter esta pandemia. No entanto, tendo em conta que cada vez surgem mais variantes do SARS-CoV-2 e, de forma a alcançar uma imunidade de grupo e duradoura, são necessários mais estudos e ensaios clínicos de vacinas.

### Objetivos/Métodos

O projeto VACCELERATE (European Corona Vaccine Trial Accelerator Platform) integra países da União Europeia e outros países associados envolvidos no desenvolvimento de vacinas, com o objetivo de criar uma plataforma de acesso único para a implementação rápida de ensaios clínicos. Portugal está representado neste projeto através do Centro Hospitalar Universitário do Porto. Esta plataforma conjunta tem o objetivo de facilitar e acelerar os ensaios clínicos de fase 2 e 3 com vacinas contra COVID-19. O VACCELERATE vai efetuar mapeamento dos centros de ensaios clínicos, assim como os laboratórios envolvidos, através da inscrição na plataforma European Vaccine Trial Accelerator Platform (EUVAP.eu). O programa visa proporcionar um *upgrade* na formação e capacitação dos serviços já existentes. A nível laboratorial será incrementada a capacidade de testagem e de avaliação da resposta imune à vacinação. Em Portugal procura-se fomentar a inscrição dos centros interessados neste tipo de ensaios clínicos, praticamente inexistente até à data. Criar-se-á também um registo de voluntários para ensaios clínicos com vacinas, uma iniciativa completamente inovadora em Portugal.

### Resultados

O VACCELERATE integra centros de ensaios clínicos de 16 estados-membros da União Europeia e 5 países associados. Mais de 365 centros inscreveram-se na plataforma EUVAP e houve mais de 25000 registos de voluntários com interesse em participar nos ensaios clínicos. A nível nacional inscreveram-se 14 centros, sendo oito pediátricos. Estão a ser obtidas as autorizações necessárias para o registo de voluntários que irá funcionar online e sob as práticas europeias.

### Discussão/Conclusão

Através do VACCELERATE será possível proporcionar acesso rápido a ensaios clínicos de vacinação e incluir centros e países sub-representados neste tipo de ensaios, como Portugal. Esta iniciativa contribuirá para uma melhor preparação face à pandemia de COVID-19 e futuras pandemias que possam surgir.

# POSTERS

(Por ordem alfabética)

## Abcesso cerebral criptogénico: um caso de apresentação súbita num adolescente saudável

Mariana Reis<sup>1</sup>; Joana Capela<sup>1</sup>; Inês Almeida<sup>1</sup>; Pedro Abreu<sup>2</sup>; Clara Romero<sup>2</sup>; Filipa Dias<sup>1</sup>; Maria João Virtuoso<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pediatria – Centro Hospitalar e Universitário do Algarve – Unidade Faro; <sup>2</sup>Serviço de Neurocirurgia – Centro Hospitalar e Universitário do Algarve – Unidade Faro

### Introdução

O abcesso cerebral é uma entidade que é rara e potencialmente grave. Os agentes etiológicos mais frequentes são *Streptococcus* e *Staphylococcus*, sendo que geralmente se encontram associados a disseminação de infeção por contiguidade ou por via hematogénea: as causas mais comuns são infeções dentárias, sinusites ou mastoidites, bem como malformações ou infeções cardio-pulmonares. Considera-se um abcesso criptogénico quando não é identificada a origem da infeção. Cefaleia, febre, déficits neurológicos focais, convulsões ou alterações do estado de consciência são alguns dos sintomas mais comuns à apresentação. Na maioria dos casos, o tratamento de eleição passa por drenagem cirúrgica e antibioterapia empírica durante 6-8 semanas.

### Caso clínico

Adolescente de 15 anos, previamente saudável, recorreu ao SU por cefaleia com 24 horas de evolução, associada a fotofobia, fonofobia, disartria e paralisia facial central direita. Realizou TC que mostrou uma lesão neoformativa heterogénea, de localização frontal à esquerda, com 27x30mm, condicionando efeito de massa. A RM encefálica confirmou o diagnóstico de abcesso frontal esquerdo com extenso edema perilesional. Foi submetido a drenagem cirúrgica e cumpriu antibioterapia com ceftriaxone, vancomicina e metronidazol. No exsudado do abcesso, foi isolado *Streptococcus intermedius*. Negava tratamentos dentários recentes ou infeções das vias respiratórias superiores. A investigação etiológica foi inconclusiva: não foram encontrados focos odontogénicos, otológicos, cardíacos ou em qualquer outra localização, pelo que se assumiu um abcesso criptogénico.

### Conclusão

O nosso doente apresentava algumas particularidades: os sintomas surgiram mais abruptamente que o habitual e não tinha nenhum fator de risco conhecido. Apesar do *Streptococcus intermedius* ser uma bactéria comensal da orofaringe e das vias aéreas superiores, tem sido fortemente associado a abscessos intracerebrais. Uma parte considerável dos casos é dada como criptogénica mesmo após investigação detalhada. O diagnóstico atempado e o tratamento adequado são fatores determinantes para um desfecho favorável no que toca a morbilidade e mortalidade.

## Adenite mesentérica como forma de apresentação inicial de MIS-C

Beatriz B. Pedreira<sup>1</sup>, Lisa Pereira Soares<sup>1</sup>, Carolina Gouveia<sup>1</sup>, Jenny Gonçalves<sup>1</sup>, Cristina Freitas<sup>1</sup>, Edite Costa<sup>1</sup>, Lucília Aveiro<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Pediatria do Hospital Central do Funchal

### Introdução

A síndrome inflamatória multissistémica associada à COVID-19 (MIS-C) é uma nova doença inflamatória que se deve a uma resposta imunológica desregulada à infeção por SARS-CoV-2, que ocorre em crianças. A apresentação inicial pode ser variável, sendo comum a presença de sintomatologia gastrointestinal.

### Descrição

Adolescente de 11 anos com antecedentes de asma, obesidade e contexto epidemiológico de infeção por SARS-CoV-2 (sem confirmação laboratorial) cerca de 2 meses antes da admissão, recorre ao SU por quadro com 2 dias de evolução de febre, mialgias, cefaleia, vômitos alimentares e dor abdominal. Ao exame objetivo destaca-se presença de abdómen difusamente doloroso à palpação. Permaneceu em SO pediátrico durante 2 dias e, por manter dor abdominal intensa, pediu-se TAC abdomino-pélvica que revelou múltiplas adenopatias na raiz do mesentério, tendo sido colocada a hipótese diagnóstica de adenite mesentérica. Após transferência para a Enfermaria iniciou queixas de cansaço para pequenos esforços e evidenciou-se presença de dificuldade respiratória, hipotensão, taquicardia e hiperémia conjuntival de novo. Analiticamente apresentava linfopenia, elevação dos parâmetros inflamatórios, elevação dos marcadores de disfunção cardíaca, agravamento da função renal, hipoalbuminémia, elevação das transaminases e da LDH. Foi pedido ecocardiograma que revelou compromisso da função cardíaca. Tendo em conta estes achados foi colocada a hipótese de MIS-C. A serologia para SARS-CoV-2 confirmou a presença de infeção anterior. Foi transferido para UCINP, tendo necessitado de suporte inotrópico e vasodilatação sistémica. Cumpriu terapêutica com Imunoglobulina EV, Metilprednisolona e Ácido Acetilsalicílico e após 3 dias foi transferido para Enfermaria, sem registo de intercorrências durante o restante internamento. Mantém seguimento em consulta de Cardiologia e Infeciologia Pediátricas, com evolução favorável até à data.

### Discussão

Com este caso pretende-se salientar que a apresentação desta nova síndrome, por cursar com dor abdominal, por vezes marcada, pode mimetizar quadros gastrointestinais comuns como a adenite mesentérica. Por outro lado, os exames de imagem abdominal podem revelar alterações igualmente confundidoras para o diagnóstico desta condição. É portanto de elevada importância equacionar esta hipótese diagnóstica em doentes com dor abdominal e exposição prévia a SARS-CoV-2, tendo em conta a possível deterioração rápida do seu estado clínico.

**Análise dos exames microbiológicos de um serviço de urgência pediátrico - casuística de um ano**

Joana Moscoso<sup>1</sup>, Joana Gonçalves<sup>1</sup>, Inês Gonçalves<sup>1</sup>, Margarida Serôdio<sup>1</sup>, Rita Barreira<sup>1</sup>, Rita Monteiro<sup>1</sup>, Maria João Leiria<sup>1</sup>

1. Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa – Portugal

**Introdução e objetivos**

Os exames microbiológicos são uma importante ferramenta diagnóstica e a sua análise é fundamental para uma melhor prestação de cuidados de saúde. O objetivo do estudo foi avaliar os exames microbiológicos solicitados na Urgência Pediátrica (SUP) bem como a análise do perfil de sensibilidade e resistência aos antibióticos dos microorganismos identificados. De acordo com os resultados demos indicação aos pais sobre a atitude a tomar acerca da terapêutica, diminuindo assim as readmissões no SUP.

**Metodologia**

Estudo retrospectivo realizado à população pediátrica que realizou exames microbiológicos no SUP no ano de 2019.

**Resultados**

Analisámos 650 uroculturas. Destas, 50% (n=325) foram positivas, 41% (n=267) negativas e 9% (n=58) polimicrobianas. Em 63% (n=409) foi isolada *Escherichia coli*. O antibiótico mais prescrito foi a cefuroxima (71%, n=310) com sensibilidade de 95%. Na adolescência o segundo agente mais isolado foi o *Staphylococcus saprophyticus* em 21% dos casos. Nos 28 adolescentes em que foi prescrita fosfomicina observou-se uma resistência de 38,6%. Analisámos 44 hemoculturas que foram negativas em 96,5% (n=42). Analisámos ainda 22 exames culturais de exsudados vaginais e 8 uretrais. As culturas dos exsudados vaginais foram positivas em 40% dos casos (n=10) e em 75% (n=8) nos exsudados uretrais. Em 63% (n=5) dos exsudados uretrais isolou-se *N. gonorrhoeae*. Vinte e sete exsudados oculares foram colhidos para exame cultural e *polymerase chain reaction* (PCR), revelando-se positivos em 59% (n=16), 6 deles eram referentes a recém-nascidos. Foram analisados 29 exames às fezes, a maioria foi negativa (83%, n=24).

**Discussão**

A análise dos exames microbiológicos é essencial para a prática clínica uma vez que garante cuidados adequados aos doentes que recorrem ao SUP, permitindo-nos monitorizar e rever atitudes terapêuticas. Na maior parte dos casos a escolha de antibiótico para tratamento da infeção do trato urinário foi adequada. Nos adolescentes a escolha de antibiótico foi menos consensual uma vez que um terço foi tratado com fosfomicina, tendo-se detetado uma resistência ao antibiótico em 28,6% dos casos, o que nos deve fazer reavaliar a terapêutica empírica de primeira linha nesta faixa etária. Assinalamos a importância de colheita de exsudado ocular na conjuntivite neonatal com a possibilidade de pesquisa por PCR.

## Ataxia aguda pós COVID-19

Beatriz Luzio Vaz<sup>1</sup>, Ana Margarida Garcia<sup>1</sup>, Teresa Painho<sup>2</sup>, Maria João Brito<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Unidade de Infeciologia, Hospital Dona Estefânia. CHULC; <sup>2</sup> Serviço de Neurologia, Hospital Dona Estefânia. CHULC

### Introdução

O novo coronavírus 2019 (COVID-19) afeta o sistema nervoso em adultos, com sintomas que incluem anosmia/ageusia, cefaleia, ataxia, ou sintomas psiquiátricos. O envolvimento neurológico grave inclui encefalopatia ou encefalite, convulsões, mielite transversa, síndrome de Guillain-Barré e acidente vascular cerebral, mas em crianças e adolescentes é raro (3,5%) e o espectro desta entidade não está ainda bem estabelecido.

### Descrição de Caso

Criança de 2 anos de origem africana, previamente saudável que recorre ao serviço de urgência por quedas frequentes e lentificação do discurso com duas semanas de evolução. Referia infeção respiratória alta prévia no mês anterior. Na observação constatava-se disartria, ataxia da marcha, dismetria e tremor de intenção. A pesquisa de tóxicos foi negativa. A tomografia axial computadorizada crânio-encefálica (TAC CE) não apresentava alterações, mas a ressonância magnética nuclear crânio-encefálica (RM CE) evidenciou hipersinal em T2 dos núcleos dentados, traduzindo cerebelite em contexto de infeção viral. A PCR de vírus respiratórios nas secreções detectou adenovírus. O exame citoquímico do líquido cefalorraquidiano (LCR) era normal com PCR para vírus herpes, enterovirus e adenovírus negativa e síntese intratecal sem alterações. A investigação subjacente revelou PCR SARS-CoV-2 negativa, mas anticorpos SARS-CoV-2 2500U/mL no sangue e 9,38U/mL no LCR. O diagnóstico foi de cerebelite pós-infecciosa a SARS-CoV-2 pelo que foi medicado com imunoglobulina endovenosa 1g/Kg e dois dias de metilprednisolona 2 mg/kg/dia durante 5 dias, com melhoria clínica significativa. Sem défices neurológicos à data da alta hospitalar.

### Discussão

A ataxia cerebelosa é uma entidade pouco frequente na infância que obriga a investigar causas infecciosas e não infecciosas. O envolvimento neurológico da infeção por SARS-CoV-2 pode ocorrer por mecanismo neuroinvasivo directo, como também por mecanismo neuroinflamatório após uma resposta de citocinas exagerada, com resposta imunomediada e lesão da barreira hematoencefálica levando a desregulação imunológica pós-infecciosa.

## ***Bartonella henselae* como causa de neuroretinite num adolescente saudável**

Joana Capela<sup>1</sup>; Inês Almeida<sup>1</sup>; Mariana Reis<sup>1</sup>; Filipa Dias<sup>1</sup>; Maria Virtuoso<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Pediatria – Centro Hospitalar e Universitário do Algarve – Unidade de Faro

### **Introdução**

A Doença da Arranhadela do Gato é causada pela *Bartonella henselae*, sendo o gato o principal reservatório. A transmissão ocorre essencialmente por arranhadela ou mordedura. As manifestações clínicas variam desde infeção local com linfadenopatia ou disseminação hematogénea, com eventual neuroretinite, até envolvimento multiorgânico. A neuroretinite caracteriza-se por perda de acuidade visual aguda, habitualmente unilateral, com edema do nervo ótico associado a exsudados da mácula. O diagnóstico é confirmado pela serologia. Na maioria dos casos a neuroretinite tem bom prognóstico, embora possam persistir sequelas.

### **Caso clínico**

Reportamos o caso de um adolescente de 16 anos, com quadro de perda da acuidade visual, alteração da visão cromática e artefactos no campo visual do olho direito, de instalação aguda. Apresentava história familiar de doença desmielinizante de etiologia não esclarecida e contacto frequente com gatos de rua. Recorreu ao Serviço de Urgência um mês após início da sintomatologia. Ao exame objetivo apresentava diminuição da acuidade visual do olho direito, visão cromática subnormal, com fundoscopia que mostrava edema papilar e ingurgitação do disco ótico, com estrela macular de aparecimento tardio. Na investigação realizada as serologias IgM e IgG para *Bartonella henselae* foram positivas, corroborando o diagnóstico de neuroretinite por *Bartonella*. Iniciou tratamento com corticoterapia e antibioterapia de primeira linha com doxiciclina e rifampicina, com boa resposta.

### **Conclusão**

A relevância deste caso prende-se com a sua raridade e ilustra um diagnóstico diferencial extenso entre doenças infecciosas e desmielinizantes, sendo a história clínica fundamental para orientar a investigação. Perante história suspeita de neuroretinite por *Bartonella henselae* moderada ou grave deve iniciar-se tratamento precoce, apesar de não haver evidência suficiente de que o atraso na instituição terapêutica nos casos graves condicione remissão incompleta das alterações visuais. Não há consenso relativamente à terapêutica ideal. Optou-se pela terapêutica descrita com resultados satisfatórios até ao momento presente.

## Cefaleia e vômitos em contexto de depressão major

Ana Rita Fradique, Mariana Sebastião, Ema Grilo, Fernanda Rodrigues, Cristina Pereira  
Hospital Pediátrico – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

### Introdução

A cefaleia é um sintoma frequente na adolescência, podendo associar-se a doenças de gravidade distinta. A encefalite por vírus Herpes simplex (HSV) pode ser uma das causas, apresentando elevada morbi-mortalidade. Apesar da elevada prevalência da infeção por HSV-1, a encefalite é rara e o prognóstico depende da instituição precoce da terapêutica com aciclovir.

### Descrição

Adolescente de 16 anos, com antecedentes de depressão major sob fluvoxamina, trazido ao Serviço de Urgência durante o confinamento, por cefaleia fronto-temporal, vômitos e anorexia com 7 dias de evolução, associados nos últimos dois dias a apatia, sonolência excessiva, discurso pobre e recusa dos cuidados de higiene. Sem contexto epidemiológico relevante. Ao exame objetivo estava febril, hemodinamicamente estável, prostrado, com discurso lentificado e com períodos de desorientação temporal, sem défices neurológicos focais. Analiticamente destacava-se glicémia normal, linfopenia 560/uL, pCr 0,63mg/dL e pesquisa de tóxicos na urina negativa. A TAC-ce mostrou edema temporal direito, com provável componente hemático periamígdalino, frontobasal e insular. Efetuou RMN-ce, compatível com a hipótese de encefalite herpética, tendo iniciado aciclovir.

O exame citoquímico do LCR mostrou proteinorráquia elevada, glicose normal e pleocitose (120 mm/m<sup>3</sup>) com predomínio mononucleares, com PCR multiplex positivo para HSV-1, confirmando o diagnóstico de encefalite por HSV-1. A serologia para HSV-1 sugeria seroconversão recente.

Por flutuação do estado de consciência, foi admitido nos cuidados intensivos, tendo iniciado manitol e pulsos de metilprednisolona. O EEG revelou disfunção bi-hemisférica com maior compromisso do hemisfério direito; padrão PLEDs com máximo frontocentral esquerdo e crise electroclínica prolongada com padrão ictal inicial à direita, tendo iniciado levetiracetam, com controlo das crises. Após estabilização clínica foi transferido para o internamento, onde se verificou compromisso da memória a curto prazo e incontinência urinária. Cumpriu 21 dias de aciclovir EV e iniciou programa de reabilitação com melhoria clínica. À data da alta apresentava EEG normal.

### Discussão

Este caso demonstra que a apresentação da encefalite herpética pode ser inespecífica, pelo que é necessário um elevado nível de suspeição, em particular quando existem outras co-morbilidades que parecem justificar alguma da sintomatologia. É também importante destacar o papel fundamental da reabilitação motora e cognitiva dado o impacto funcional desta doença.

## Celulite orbitária a *Neisseria gonorrhoeae*: um agente incomum

Maria Sousa<sup>1</sup>, João Vasco<sup>1</sup>, Inês Noites<sup>1</sup>, Filipa Alveirinho<sup>1</sup>, Juan Gonçalves<sup>1</sup>, Fernanda Gomes<sup>1</sup>  
Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPER1

### Introdução

A celulite da órbita classifica-se em periorbitária (anterior ao septo orbitário), e orbitária (pós-septal), que envolve o tecido adiposo e os músculos oculares<sup>1</sup>. O diagnóstico é clínico, devendo ser realizada TC da órbita se suspeita de celulite pós-septal. A origem mais comum é a rinosinusite aguda (sobretudo do seio etmoidal), sendo os cocos gram-positivos os principais agentes<sup>2</sup>.

### Descrição do caso clínico

Adolescente de 15 anos, sexo feminino, com perturbação de ansiedade, medicada com risperidona 0.5 mg/dia.

Recorreu ao Serviço de Urgência por edema e eritema periorbitários à direita, associados a exsudado e dor ocular em repouso, exacerbada pelos movimentos oculares, com 3 dias de evolução. Sem febre, alterações visuais, sintomas respiratórios ou génito-urinários. À observação com edema, rubor, quemose conjuntival e exsudado purulento do olho direito, com impossibilidade de abertura ocular. Cáries dentárias.

Analicamente, com leucocitose de 15193/mcL, neutrofilia de 12800/mcL (84%) e PCR 3.46 mg/dL. Da TC da órbita e seios perinasais, destaca-se “Densificação e espessamento dos tecidos moles ao nível da região orbitária e peri-orbitária à direita, em relação com celulite, identificando-se pequena coleção, medindo cerca de 7mm por 5mm de diâmetros axiais adjacente aos ossos próprios do nariz (...). Normal permeabilidade das cavidades peri-nasais”.

Assumiu-se Celulite periorbitária e orbitária direita, foi internada e medicada com Ceftriaxone endovenoso 1g/dia e Cloranfenicol tópico, que cumpriu durante 14 dias. A hemocultura foi negativa. Isolamento de *Neisseria gonorrhoeae* no exsudado ocular. Fez toma única de Azitromicina 1g *per os*, pelo risco de infeção concomitante por *Chlamydia trachomatis*. À observação ginecológica sem alterações, e o rastreio de outras infeções sexualmente transmissíveis foi negativo. Evolução clínica favorável, com alta após 14 dias de internamento.

### Discussão

A *Neisseria gonorrhoeae* é uma causa rara de celulite orbitária na idade pediátrica, sobretudo fora do período neonatal e na ausência de imunossupressão, contudo deve ser considerada em adolescentes sexualmente ativos. É essencial o diagnóstico e tratamento precoces para prevenção de complicações, assim como o follow-up dos doentes e dos parceiros sexuais, evitando comportamentos de risco.

Apresentamos um caso de Celulite periorbitária e orbitária a *Neisseria gonorrhoeae*, existindo poucos casos reportados<sup>3</sup>.

### Bibliografia:

1. Gappy, C., MD, Archer, S. M., MD, & Barza, M., MD. Orbital cellulitis. Retrieved April 17, 2021, from <https://www.uptodate.com/>.
2. Henriques, A. R., MD; Marques, J. G. (2019). Celulite orbitária. In *Protocolos de Urgência em Pediatria* (4th ed., Ser. 9789899994041, pp. 183-184). Lisboa: ACSM Editora.
3. Oliveira I., Mouzinho A., Marques J. G. Gonococcal orbital cellulitis. *BMJ Case Reports CP* 2019; 12: e227787.

## **COVID-19: as escolas foram a fonte de contágio na idade pediátrica?**

Helena Marques Da Silva, Ter Correia De Azevedo, Beatriz Andrade, Ana Sofia Rodrigues, Ezequiel Moreira, Susana Gama De Sousa

1.Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar do Médio Ave; 2.Serviço de Patologia Clínica do Centro Hospitalar do Médio Ave

### **Introdução**

Na idade pediátrica a COVID-19 é geralmente ligeira ou assintomática. Transmite-se pessoa-a-pessoa, principalmente através de gotículas respiratórias, e o risco de transmissão aparenta ser menor nas crianças mais novas. Persistem as dúvidas sobre se as crianças são fonte significativa de transmissão da doença e sobre qual o papel das escolas na evolução da pandemia.

### **Objetivos**

O objetivo principal deste trabalho foi averiguar se as escolas foram a fonte de contágio mais provável de SARS-CoV-2 na idade pediátrica. O objetivo secundário foi caracterizar a população de crianças com infeção por SARS-CoV-2 que se deslocaram ao Serviço de Urgência hospitalar.

### **Metodologia**

Consideraram-se todos os testes SARS-COV-2 efetuados às crianças que recorreram ao Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Médio Ave (CHMA) entre 1 de abril de 2020 e 31 de março de 2021, e avaliaram-se as crianças que testaram positivo. Os doentes foram caracterizados em relação à idade, género, antecedentes patológicos, sintomas predominantes, fonte de contágio e frequência de infantário/escola. Para isso foram consultados o processo clínico e a plataforma TRACE-COVID e, quando necessário, os pais foram contactados telefonicamente.

### **Resultados**

Obtivemos uma população de 3536 crianças testadas, das quais 252 foram positivas (94% sintomáticos). A percentagem de positividade variou entre 1% no mês de maio e 16% no mês de novembro. Dos doentes infetados, a maioria era do género feminino (55%), com uma idade média de 8 anos (mediana 7 anos; mínima 14 dias; máxima 17,9 anos). A febre foi o sintoma predominante (único em 14,3% dos doentes), seguida dos sintomas respiratórios (66,3%). A fonte de contágio era conhecida em 77% dos casos, maioritariamente familiares diretos. Em janeiro de 2021 verificou-se um aumento da proporção de casos de contágio escolar, imediatamente antes do novo encerramento das escolas.

### **Discussão/Conclusão**

Neste trabalho as instituições de ensino não revelaram ser o local mais provável da transmissão de SARS-CoV-2. O contágio a nível escolar assumiu um papel mais importante em janeiro de 2021, podendo dever-se à estirpe britânica, que apresenta maior transmissibilidade, e se tornou predominante em Portugal.

**COVID-19: internamento domiciliário pediátrico – novas respostas para uma doença emergente**

Luís Salazar<sup>1</sup>, Carolina Curto<sup>1</sup>, Marta Novo<sup>1</sup>, Alexandre Fernandes<sup>1</sup>, Carla Teixeira<sup>1</sup>, Caldas Afonso<sup>1</sup>, Laura Marques<sup>1</sup>

<sup>1</sup> – Unidade de Infecologia e Imunodeficiências, Serviço de Pediatria, Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN) do Centro Hospitalar e Universitário do Porto (CHUP)

**Introdução/Objetivo**

A pandemia COVID-19 tem trazido grandes desafios para as instituições de saúde. Na Pediatria, a doença tem-se apresentado com menor gravidade e mortalidade do que em adultos. Neste estudo avaliámos uma nova forma de seguimento de doentes pediátricos com infeção por SARS-CoV-2, que consistiu em chamadas telefónicas diárias durante o período de isolamento, com avaliação hospitalar sempre que necessário.

**Métodos**

Realizámos um estudo de coorte prospetivo, de março a dezembro de 2020, que incluiu crianças com pesquisa de PCR (zangaratoa nasofaríngea) positiva para SARS-CoV-2, observadas no nosso centro hospitalar, e seguidas em internamento domiciliário. Casos de síndrome inflamatória multissistémica temporalmente associada ao SARS-CoV-2 (MIS-C) foram excluídos.

**Resultados**

124 doentes foram incluídos e as características demográficas da amostra encontram-se apresentadas na tabela 1. 103 doentes (83,1%) encontravam-se sintomáticos à apresentação e 16% dos doentes (12,9%) foram inicialmente hospitalizados. Após a alta, 2 foram readmitidos. Dos doentes não inicialmente hospitalizados, 10 (9,3%) necessitaram de observação em contexto de urgência, dos quais 7 foram hospitalizados.

A duração mediana dos sintomas foi de 5 dias (IQR 1-8) e a mediana de follow-up foi de 11,5 dias (IQR 10-20). 21 doentes (16,9%) mantiveram-se assintomáticos, 94 (75,8%) tiveram sintomas ligeiros e 9 (7,3%) tiveram doença moderada.

**Conclusões**

Esta nova abordagem de internamento domiciliário provou ser uma opção válida e segura, uma vez que na Pediatria os quadros de infeção por SARS-CoV-2 têm sido na sua maioria ligeiros. Permitiu um melhor entendimento desta doença, bem como minimizar observações em contexto de urgência e hospitalizações, mantendo um seguimento próximo dos doentes.

## Do gato ao gânglio e ao baço – jornada de uma *Bartonella*

Mariana Eiras-Dias<sup>1</sup>, Marta Figueiredo<sup>1</sup>, Marcela Pires<sup>1</sup>, Rita Barreira<sup>1</sup>, Rita Morais<sup>1</sup>  
1 – Serviço de Pediatria, Hospital São Francisco Xavier, CHLO, Lisboa, Portugal

### Introdução

A infeção por *Bartonella henselae* (BH) manifesta-se habitualmente por uma linfadenopatia regional auto-limitada, causando a doença da arranhadela do gato (DAG). Na criança imunocompetente o envolvimento sistémico é raro, podendo afetar o fígado e o baço.

### Descrição

Adolescente de 13 anos, saudável, com suspeita de alergia a amoxicilina, internado por tumefação cervical esquerda com dez dias de evolução, de aumento progressivo, sem resposta à antibioterapia oral. Encontrava-se apirético, sem sintomas sistémicos e referia contacto regular com gatos. Ao exame objetivo apresentava uma massa cervical esquerda com cerca de 3 cm de maior diâmetro, de consistência dura, dolorosa à palpação, sem outros sinais inflamatórios. Destacava-se ainda uma pequena abrasão pré-auricular esquerda. A ecografia cervical não revelou complicações supurativas. Colocou-se a hipótese de DAG e iniciou azitromicina. As serologias para BH inicialmente foram negativas e na ausência de melhoria, foi medicado empiricamente com clindamicina. Ao 12º dia de internamento por dor abdominal, realizou ecografia que revelou quatro lesões esplénicas granulomatosas. Manteve-se apirético, sem sensação de doença grave. Por aumento da tumefação e presença de sinais inflamatórios realizou punção aspirativa por agulha fina e, na ausência de melhoria, ao 17º dia de internamento realizou biópsia excisional do gânglio linfático. A pesquisa de BH por PCR no gânglio foi positiva, confirmando a suspeita inicial de DAG. Por regressão completa da massa cervical, teve alta ao 28º dia de internamento. Três meses depois, mantinha-se clinicamente bem e com involução das lesões esplénicas.

### Discussão

Na presença de linfadenopatia prolongada deve suspeitar-se de DAG, mesmo com serologias para BH inicialmente negativas. A dor abdominal é um sinal de alerta para eventual envolvimento hepato-esplénico, cuja abordagem terapêutica é controversa. O prognóstico, na criança imunocompetente, é, geralmente, favorável e pode não necessitar de tratamento prolongado tal como apresentado neste caso clínico.

## Doença da arranhadela do gato como diagnóstico diferencial de massa cervical

Raquel Branco, Inês Fernandes, Estela Veiga, Teresa Gouveia  
Unidade de Pediatria Médica, Hospital de São Bernardo – Centro Hospitalar de Setúbal

### Introdução

Doença da Arranhadela do Gato (DAG) é a causa mais comum de linfadenopatia crónica, manifestando-se inicialmente como linfadenite subaguda regional após exposição a gatos. Ocorre por transmissão de *Bartonella henselae* através sobretudo de arranhadela ou mordedura de gato (principalmente gatos jovens).

Inclui-se no diagnóstico diferencial de massas cervicais, as quais frequentemente correspondem a linfadenopatias reativas ou linfadenites infecciosas. Aproximadamente 12% das massas da cabeça e pescoço são de origem maligna, sendo também obrigatória a exclusão desta etiologia.

### Descrição

Adolescente, sexo masculino, 12 anos, previamente saudável. Aparecimento súbito de massa submandibular esquerda e perda ponderal de 7% em 3 meses. Refere contacto com gato doméstico de 6 meses, vacinado e sem história de arranhadela ou mordedura. Sem febre, anorexia, adinamia, disfagia, odinofagia, odontalgia, sialorreia, dificuldade respiratória ou limitação da mobilidade cervical. Ausência de melhoria com ciclo de azitromicina e de amoxicilina - ácido clavulânico. Por este motivo e por quadro com 1 mês de evolução, foi encaminhado ao hospital da área de residência.

Ao exame objetivo destaca-se bom estado geral, apresentando massa submandibular esquerda, com cerca de 5x4 cm de dimensões, indolor à palpação, consistência dura, não aderente ao plano superficial nem profundo, sem sinais inflamatórios locais. Sem adenopatias noutras localizações.

Analiticamente: ausência de anemia e de alteração da fórmula leucocitária, esfregaço de sangue periférico e alteração de parâmetros laboratoriais de fase aguda. Ecografia de partes moles documenta formação nodular ovoide hipoecogénica e heterogénea, medindo 3.4x1.4cm, com perda da diferenciação cortical/seio lipomatoso; glândula salivar submandibular esquerda com ecoestrutura globalmente mantida.

Prova de Mantoux foi negativa. Serologias negativas para toxoplasmose, citomegalovirus, Virus Epstein-Barr e SARS-CoV-2, e positiva para *Bartonella henselae*.

### Discussão

Casos de linfadenopatia regional unilateral, mais frequentemente localizadas nos membros superiores mas também na região cervical, fazem suspeitar de DAG. Sintomas iniciam-se 1 a 3 semanas após inoculação, podendo não existir memória ou evidência do evento, como no caso clínico descrito. Diagnóstico é efetuado através da realização de testes serológicos com elevação de títulos de IgG para *B. henselae*. A maioria dos casos são autolimitados, resolvendo espontaneamente em 90-95%, e a terapêutica com azitromicina apenas evidenciou reduzir duração de sintomas.

## Doença hepatoplénica por *Bartonella henselae* – qual o valor da antibioticoterapia?

Susana Dias<sup>1,2</sup>; Joana Antunes<sup>1,2</sup>; José Gonçalo Marques<sup>1</sup>

1. Unidade de Infecçologia e Imunodeficiências, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, CHULN; 2. Unidade Funcional de Pediatra, Departamento de Pediatria, Hospital de Cascais

### Introdução

A doença da arranhadela do gato (DAG) é uma zoonose causada mais frequentemente por *Bartonella henselae*. Pode manifestar-se na forma localizada, geralmente auto-limitada, ou sistémica, na qual se inclui o envolvimento hepatoesplénico. A evidência sobre o tratamento da forma disseminada, em imunocompetentes, é limitada, não sendo claro o papel da antibioticoterapia na diminuição da duração dos sintomas e prevenção de complicações.

### Descrição

Criança de 17 meses, previamente saudável, com gatos pequenos no domicílio, é admitida por febre sem sinais de localização. No exame objetivo destacava-se razoável estado geral, palidez e hepatoesplenomegalia. Analiticamente: leucocitose ( $12 \times 10^9$  células/L), com linfo-monocitose, proteína-C-reativa (PCR) 10,3 mg/dL e velocidade de sedimentação (VS) 90 mm/h. Ecografia abdominal: imagens hipocogénicas hepatoesplénicas e adenopatias hilares esplénicas e peripancreáticas. Ecocardiograma: imagem duvidosa de vegetação na região sub-valvular mitral. Perante suspeita de endocardite e infeção por *Bartonella*, iniciou ceftriaxone, gentamicina e rifampicina. Após confirmação serológica de infeção por *Bartonella* (IgG 1/512 e 24 dias depois 1/2048) e exclusão de endocardite, suspendeu ceftriaxone, manteve gentamicina e rifampicina, e associou-se doxiciclina. Teve alta ao 28º dia de internamento, medicado com rifampicina e azitromicina, clinicamente melhorado, apirético desde D24, mantendo hepatoesplenomegalia. Por agravamento clínico (perda ponderal e palidez), 7 dias após a alta, suspendeu azitromicina e retomou doxiciclina durante mais 8 dias, altura em que suspendeu terapêutica, perfazendo um total de 6 semanas de antibioticoterapia.

Apresentou febre esporádica no período entre 2 dias antes até 7 dias após suspensão terapêutica. Analiticamente manteve parâmetros infecciosos aumentados, com PCR e VS máximas (11,2 mg/dL e 120 mm/h, respetivamente) 4 dias após suspensão de antibioticoterapia. Manteve apenas vigilância e 2 meses depois está assintomático, com adequada progressão ponderal, VS 12 mm/h, e regressão das lesões hepáticas, e esplénicas confluentes.

### Discussão

Não objetivámos correlação clínica, laboratorial e imagiológica com a terapêutica instituída, sendo que a evolução favorável após suspensão de terapêutica suporta a hipótese de doença auto-limitada, com resolução expectável até 6 meses. O uso concomitante de corticoterapia, reportado num pequeno número de casos de DAG com envolvimento hépato-esplénico, poderá ajudar à resolução mais rápida do quadro inflamatório mas não está consensualmente indicado.

## **E depois da imunoglobulina e do corticóide? - Um caso de Kawasaki refratário**

Bernardo Monteiro, Joana Lage, Francisca Costa, Paula Correia, Ana R. Sousa  
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

### **Introdução**

A doença de Kawasaki é uma vasculite que afeta predominantemente vasos de médio calibre sendo a principal causa de doença cardíaca adquirida em idade pediátrica nos países desenvolvidos. É essencial a suspeição clínica precoce para assegurar um tratamento atempado.

### **Descrição**

Rapariga de três anos com antecedentes pessoais irrelevantes. Dois dias antes do internamento iniciou quadro de febre, dor abdominal, vômitos e diarreia. As queixas gastrointestinais foram auto-limitadas, porém por persistência da febre recorreu à urgência.

Ao exame objetivo a realçar exantema maculopapular, hiperemia conjuntival, adenopatia cervical unilateral, enantema e queilite.

Analiticamente apresentava aumento dos parâmetros inflamatórios, hipoalbuminemia, hiponatremia e leucocitúria. Restante investigação etiológica negativa, incluindo serologia para SARS-CoV-2.

Por suspeita de doença de Kawasaki foi administrada imunoglobulina e iniciou ácido acetilsalicílico (AAS) em dose anti-inflamatória ao 3º dia de doença (D3). Avaliação cardíaca em D4 com hiperecogenicidade da parede das artérias coronárias, sem outras alterações.

Apresentou, contudo, evolução desfavorável, mantendo febre e agravamento analítico, realizando uma 2ª dose de imunoglobulina em D5 e três dias de metilprednisolona (30mg/kg/dia). Houve uma boa resposta, apirética desde D6, resolução dos sintomas e melhoria analítica. Sem outras alterações cardíacas. Alta em D10, medicada com AAS em dose anti-agregante e prednisolona (2mg/kg/dia).

Em D14 apresentou agravamento clínico: reaparecimento de febre e hiperemia conjuntival, aumento dos parâmetros inflamatórios e evidência de um aneurisma pequeno da artéria coronária descendente anterior. Assumiu-se recrudescência da doença, foi medicada com uma toma de infliximab (4,5mg/kg) em D15. Desde D19 assintomática, contudo houve evolução para um aneurisma gigante da descendente anterior em D27: 13mm de extensão, Z-score máximo de +10,88, diâmetro máximo 5mm. Medicada com dupla antiagregação (AAS e clopidogrel) e anticoagulação. Por hipertensão arterial iniciou propranolol. Manteve terapêutica com corticoides até D45. Por estabilização dos aneurismas coronários com normalização dos parâmetros inflamatórios teve alta em D46, mantendo seguimento com boa evolução clínica.

### **Discussão**

Este caso ilustra uma doença de Kawasaki refratária à imunoglobulina, com desenvolvimento de um aneurisma coronário gigante. Pela gravidade da doença coronária, ausência de resposta ao tratamento de 1ª e 2ª linha e ausência de consenso na abordagem do Kawasaki refratário, este caso constituiu um desafio na abordagem terapêutica.

## Ectima gangrenoso em lactente com choque séptico

Pedro Marinho<sup>1,3</sup>, Marta Ribeiro<sup>2</sup>, Cristina Camilo<sup>2</sup>, Sara Pinto<sup>1,2</sup>

1 Unidade de Infeciologia Pediátrica, Departamento de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, Lisboa; 2 Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Departamento de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, Lisboa; 3 Serviço de Pediatria, Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana do Castelo

### Introdução

A sépsis a *Pseudomonas aeruginosa* é rara em crianças, sendo mais frequente em doentes imunocomprometidos e/ou associada aos cuidados de saúde. Mesmo em crianças imunocompetentes associa-se a elevada mortalidade. O ectima gangrenoso é uma manifestação dermatológica rara de infecção por *Pseudomonas*.

### Descrição

Lactente de 5 meses sem antecedentes de relevo, com quadro de febre e diarreia com 3 dias de evolução, foi transferida para a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos por choque séptico, sob dopamina e antibioticoterapia empírica com ceftriaxone e clindamicina. Ao exame físico, apresentava lesões cutâneas papulo-nodulares com halo eritematoso e centro mais escurecido, dispersas pelo tronco e membros, dolorosas ao toque, assim como otorreia bilateral. Na admissão, por agravamento da insuficiência respiratória foi intubada e ventilada e por choque distributivo com hipotensão grave iniciou noradrenalina (dose máxima 0,8 mcg/kg/min). Foi adicionado meropenem à terapêutica empírica pela suspeita das lesões poderem corresponder a ectima gangrenoso causado por *Pseudomonas aeruginosa*. O estudo analítico inicial revelava leucócitos 2720/uL, neutrófilos 1500/uL, linfócitos 820/uL, plaquetas 86000/uL, hemoglobina 8,5 g/dL, proteína C reactiva de 24,9 mg/dL e procalcitonina de 38,3 ng/mL, IgG 294 mg/dL, IgA 41 mg/dL e IgM 34 mg/dL. Os resultados culturais revelaram a presença de *P. aeruginosa* nas amostras de hemocultura, nas secreções brônquicas, na punção de flictena duma das lesões cutâneas e no exsudado auricular, tendo a antibioticoterapia sido ajustada ao antibiograma. Ao sétimo dia de internamento, por persistência de culturas positivas e ausência de melhoria clínica, foi feita terapêutica com imunoglobulina em dose substitutiva. Cumpriu 5 semanas de antibioticoterapia, tendo iniciado profilaxia com cotrimoxazol na alta. O estudo imunitário realizado e o painel genético de imunodeficiências primárias não revelaram alterações. Ao longo de seis meses de seguimento, a doente encontra-se assintomática, não havendo registo de novas infecções.

### Discussão

Neste caso clínico, a valorização das lesões cutâneas no quadro inicial de choque séptico permitiu cobrir precocemente o agente bacteriano envolvido, o que provavelmente se relaciona com o prognóstico favorável obtido. Até à data, não foi identificado nenhum fator de suscetibilidade nesta doente para uma apresentação tão grave por um agente raro em Pediatria.

## **Encargo clínico e económico da doença invasiva pneumocócica a nível hospitalar em Portugal – racional e desenho do estudo SPHERE na sua perspetiva pediátrica**

João Pelicano-Romano<sup>1</sup>; Maria João Brito<sup>2</sup>, José Melo-Cristino<sup>3</sup>, Filipe Froes<sup>4</sup>; Fábio Silva<sup>1</sup>

1. MSD, Paço de Arcos, Portugal; 2. Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, Portugal; 3. Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa; Centro Hospitalar Lisboa Norte, Portugal; 4. Departamento de Tórax. Hospital Pulido Valente. Centro Hospitalar de Lisboa Norte. Portugal

### **Introdução**

Apesar de existirem várias publicações sobre a prevalência dos diversos serotipos de *Streptococcus pneumoniae* em Portugal, o encargo clínico e económico da Doença Invasiva Pneumocócica (DIP) a nível hospitalar em Portugal permanece pouco estudado, nomeadamente na população pediátrica.

### **Objetivos:**

Avaliar a casuística, taxa de incidência, taxa de letalidade e encargos associados à DIP em doentes pediátricos internados, nomeadamente nos serviços de pediatria, unidade de infeciologia pediátrica e/ou nos cuidados intensivos, em 8 hospitais portugueses.

### **Metodologia**

Estudo observacional, retrospectivo e multicêntrico. Serão revistos os registos clínicos de doentes pediátricos (idade <18 anos) com DIP, internados em 8 hospitais nacionais durante o período de 01 de janeiro de 2017 – 31 de dezembro de 2018 e que tenham tido alta durante o mesmo período. O estudo incluirá um período de acompanhamento de um ano após a alta para cada doente incluído (até dezembro de 2019). Serão recolhidos dados sociodemográficos, comorbilidades, dados relativos à DIP e sobre a utilização de recursos de saúde. Serão comparadas as características clínicas e encargos económicos, tendo por base as diversas variáveis analisadas. O cálculo da amostra foi realizado tendo por base estimativas clínicas e epidemiológicas. Antecipa-se a inclusão de 37-49 doentes pediátricos, representando aproximadamente 45-60% do total de casos pediátricos de DIP hospitalizados em Portugal durante todo o período de estudo.

### **Resultados**

Após identificação dos centros a incluir, com base na sua distribuição pelo território nacional continental e epidemiologia, os mesmos serão convidados a participar a partir do mês de maio de 2021. Após aceitação, o protocolo do estudo será submetido às respetivas comissões de ética e conselhos de administração das instituições. Após aprovação e subseqüentes visitas de início com os investigadores, os centros terão 3 meses para a recolha dos dados.

### **Discussão/Conclusão**

Os resultados deste estudo permitirão determinar o impacto desta doença e os encargos associados. Espera-se que os dados recolhidos contribuam para salientar a importância das medidas preventivas, a tomada de decisões mais bem informadas e, em última análise, a melhoria dos resultados clínicos da DIP.

### **Espondilodiscite a *Pseudomonas aeruginosa***

Sara Gonalves Dias (1,2); Filipa Mestre A. Dias (3); Maria João Virtuoso (3); Ant nio Tirado (4); José Gonalo Marques (1).

1. Unidade de Doenas Infeciosas e Imunodeficiências Pediatr icas, Servio do CHLN (Hospital Santa Maria); 2. Servio de Pediatria do Hospital Divino Espírito Santo; 3. Servio de Pediatria do CHUA - Faro; 4. Servio de Ortopedia do CHLN (Hospital Santa Maria)

#### **Introduo**

A espondilodiscite corresponde a uma inflamao do disco intervertebral, mais frequentemente lombar. É uma doena rara. O principal agente etiológico é o *Staphylococcus aureus* e, habitualmente, o tratamento antibiótico empírico tem como alvo as bactérias Gram-positivas.

#### **Descrio**

Jovem de 16 anos, do sexo masculino, previamente saudável e nadador, que subitamente iniciou lombalgia bilateral. Após 3 semanas, realizou TC e RMN da coluna dorso-lombar que não mostraram alterao de relevo. Passado 1 m s, manteve lombalgia e iniciou febre vespertina intermitente. No 10  dia de febre, repetiu RMN da coluna dorso-lombar que mostrou imagens sugestivas de espondilodiscite de D12-L1 com abscesso paravertebral adjacente. Foi referenciado ao hospital,   admissão com VS de 61mm/h e PCR de 8.9mg/dl. As hemoculturas, serologia para a *Brucella*, teste tuberculínico e IGRA foram negativos. Cumpriu diversos esquemas de antibioterapia sem melhoria clínica, mantendo parâmetros de inflamao elevados. A 2  TC da coluna dorso-lombar não mostrou melhoria imagiológica. Foi transferido para um hospital central onde foi submetido a uma puno guiada por TC do abscesso paravertebral com isolamento de *Pseudomonas aeruginosa* multissensível. Iniciou terapêutica antibiótica dirigida: 4 semanas de Piperacillina / tazobactam (+ aminoglicosídeo nas primeiras duas semanas) mais 2 semanas de ciprofloxacina, com melhoria clínica e analítica. A radiografia da coluna dorso-lombar mostrou uma cifose importante, pelo que foi submetido a fixao percutânea posterior de T10-L2, sem intercorrências.

#### **Conclusão**

Neste caso, queremos destacar um agente etiológico incomum na espondilodiscite. A natao pode ter sido o fator de predisposio e deve ser um alerta para a etiologia das *Pseudomonas*.

## Exantema em tempo de pandemia

Isabel Coelho<sup>1</sup>, Susana Gomes<sup>1</sup>, Carla Cruz<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Pediatria, Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE

### Introdução

No último ano o mundo foi assolado pela pandemia COVID19, uma doença que nas crianças é tendencialmente ligeira. Esta associa-se a um fenómeno pós-infeccioso de hiperinflamação denominado síndrome inflamatório multissistémico associado à COVID19 (PIMS-TS), caracterizado por febre e envolvimento multiorgânico, incluindo a pele. A infecção prévia por SARS COV2 nem sempre é documentada.

A febre escaro-nodular é a rickettsiose humana mais frequente no sul da Europa. É causada pela bactéria *Rickettsia conorii*, e apresenta uma distribuição preferencial nos meses quentes. Compreende um quadro de febre, exantema e escara de inoculação, que pode nem sempre estar presente.

### Descrição

Criança de 5 anos recorre ao serviço de urgência por febre com 2 dias de evolução, irritabilidade progressiva e exantema maculopapular generalizado, não pruriginoso, centrípeto e com envolvimento palmoplantar.

Sem antecedentes pessoais relevantes, reside em meio rural e sem viagens recentes.

Na observação inicial foi identificada lesão com crosta no pavilhão auricular, não necrótica e sem adenopatia satélite.

Analiticamente sem anemia, sem leucocitose, com linfopenia, trombocitopenia, proteína C reactiva de 3,3 mg/dL, aumento dos D-dímeros e sem aumento de parâmetros de citólise hepática.

Pelas características da febre, exantema e contexto geográfico colocou-se a hipótese de Febre Escaro-Nodular e iniciou doxiciclina.

Evoluiu com febre persistente, lesões aftosas na mucosa jugal e labial, adenopatias, prostração e mialgias com impotência para a marcha.

Apesar da ausência de contexto epidemiológico de COVID19 conhecido, ponderou-se a hipótese de PIMS--TS. Foi realizada serologia para SARS-CoV-2 (negativa) e ecocardiograma (sem alterações).

Ao 4º dia de antibioterapia objectivou-se melhoria do estado geral e apirexia. As serologias e PCR no sangue para *Rickettsia conorii* à admissão, foram negativas. Teve alta ao 7º dia de doença.

Repetiu serologia após duas semanas com seroconversão confirmando o diagnóstico de Febre Escaro-Nodular.

### Discussão

A febre escaro-nodular faz parte do diagnóstico diferencial de febre e exantema, mas dada a epidemiologia actual a hipótese de PIMS-TS deve considerar-se por poder apresentar uma evolução rápida com grande morbidade.

A ocorrência de úlceras orais não é manifestação clínica habitual das rickettsioses, o facto de não ter sido possível caracterizar a subespécie de *Rickettsia* dificulta o enquadramento clínico desta manifestação.

## **Infecção nosocomial por SARS-CoV-2 em criança internada em unidade de cuidados intensivos**

Jennefer Guimarães de Sousa<sup>1,2</sup>, João Bicudo-Melo<sup>2,3</sup>, Joana Carlyne de O. Feliz Portela Melo<sup>1</sup>  
1 Médica pediatra, Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (Brasil); 2 Médico(a) Serviço de Urgência COVID do HDES (Açores, Portugal); 3 Doutorando Ciências Médicas, Universidade do Porto (Portugal).

### **Introdução**

As infecções por SARS-CoV-2 representam actualmente uma séria ameaça para os sistemas de saúde em todo o mundo. Diversas publicações têm descrito a transmissão nosocomial durante a pandemia de COVID-19. O real fluxo das cadeias de transmissão no ambiente hospitalar continua escasso, conseqüentemente, há uma importante preocupação de que as medidas de controlo de infecção existentes não sejam adequados para prevenir as transmissões de SARS-CoV-2 entre indivíduos hospitalizados.

### **Descrição**

Criança de 9 anos de idade, admitido em Serviço de urgênciapediátrica de um Hospital central com sinais de choque séptico, tendo como foco infeccioso de partida uma artrite do joelho esquerdo, sem sintomas gripais, anosmia, ageusia ou alteraçõesgastrointestinais. Não foi indentificado contexto epidemiológico para SARS-CoV-2. Foi encaminhado para a Unidade de Cuidados IntensivosPediátricosporinsuficiência respiratória aguda com necessidade de intubação orotraqueal e ventilação pulmonar mecânica. À admissão a tomografia computadorizada do torax mostrava imagem compatível comconsolidação pulmonar com padrão alveolar, formações nodulares sólidas multifocais e de distribuição randômica, com predomínio nos segmentos basais e apicais, envolvendo cerca de 50% do parênquima pulmonar. Analiticamente sem linfopenia, com aumento de proteínas de fase inflamatória, nomeadamente, Proteína CReativa de 28 mg/dL e Velocidade de Hemossedimentação de 20 mm/h.Foram realizadosdois testes moleculares para SARS-CoV-2, intervalados por 24 horas, ambos com resultado não detectado. Procedeu-se à transferência do utente para unidade não COVID. Evoluiu com necessidade de drenagem torácica. Foi realizado exame cultural do aspirado pulmonartendo-seidentificado *Staphylococcus aureus* com fenótipo de sensibilidade à Oxacilina. Foi tratada com Oxacilina e Clindamicina. Após 21 dias apresentou piora clínica e radiológica, havendo necessidade de aumento de parametros ventilatorios, tendo-se procedido a novo rastreio para SARS-CoV-2 com resultado positivo. O óbito ocorreu no 38º dia de internamento.

### **Discussão**

Considera-se a co-infecção COVID-19 como favorável a piores desfechos clínicos em utentesinternados com outras comorbidades. Neste sentido, é fundamentalaprofundar a nossa compreensão da totalidade das vias de transmissão do vírus causador da Covid 19, onde se deverá considerar as complexas interações entre profissionais de saúde e pacientes na potenciação da transmissibilidade do coronavírus.

## **Infeção recorrente a SGB e SARS-CoV-2 : coincidência ou não?**

Cecília Pereira<sup>1</sup>, Sara Machado<sup>1</sup>, Susana Correia de Oliveira<sup>1</sup>, Maria José Vale<sup>2</sup>, Ana Luísa Lobo<sup>1</sup>  
1 – Serviço de Pediatria, Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães; 2 – Serviço de Neonatologia, Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães

### **Introdução**

O *Streptococcus* do grupo B (SGB) é um dos agentes mais frequentes da sépsis e meningite neonatal. A sépsis precoce é uma entidade mais comum, ao contrário da sépsis tardia que está frequentemente associada a transmissão nosocomial ou comunitária.

### **Descrição**

Lactente de 1 mês e 25 dias, sexo feminino, trazida ao Serviço de Urgência (SU) por recusa alimentar, febre, dejeção diarreica, vômito alimentar e sintomas respiratórios superiores desde o próprio dia em contexto epidemiológico de infeção COVID-19 (pais infetados). A fazer aleitamento artificial. Ao exame objetivo (EO) apresentava mau aspeto geral, palidez cutânea, gemido e extremidades marmoreadas e frias. Dos antecedentes destaca-se prematuridade tardia (36 semanas), gemelaridade monocoriónica biamniótica e baixo peso. O parto foi cesariana eletiva e a pesquisa materna de SGB negativa. Período neonatal sem intercorrências. Realizado estudo analítico: sem leucocitose, Proteína C-reativa de 4.4mg/dL e elevação da ferritina, transaminases e D-dímeros. Tira-teste urinária negativa. Pesquisa de SARS-CoV-2 na orofaringe e nasofaringe positiva. Internada com diagnóstico de infeção a SARS-CoV-2 e iniciada antibioterapia empírica com ampicilina e cefotaxima IV por suspeita de sépsis. Tentativa de punção lombar sem sucesso. Em D2 internamento, crescimento de *Streptococcus Agalactiae hemolítico* na hemocultura tendo cumprido antibioterapia em doses meníngeas durante 14 dias. Alta após os 14 dias com melhoria clínica e medidas de isolamento. Aos 3 meses e 7 dias trazida ao SU por febre, gemido e diminuição da apetência alimentar. Ao EO apresentava-se com razoável estado geral, pele marmoreada e gemido. Estudo analítico e sedimento urinário sem alterações. Internada para vigilância. Em D2 de internamento, crescimento de *Streptococcus agalactiae hemolítico* na hemocultura. Realizou punção lombar com citoquímico e exame cultural sem alterações. Instituída antibioterapia dirigida com benzilpenicilina IV durante 17 dias, com melhoria clínica. Alta em D19 mantendo seguimento em consulta. O estudo imunológico encontra-se em curso. Irmã gémea manteve-se sempre assintomática.

### **Discussão**

As infeções recorrentes a SGB após tratamento são infrequentes, acontecendo em cerca de 1% dos casos. Embora a sua etiologia não esteja completamente estabelecida, a transmissão por aleitamento materno tem sido apontada, não se verificando neste caso. Questiona-se o papel da infeção por SARS-CoV-2 nesta situação.

## Infeções sexualmente transmissíveis na adolescência em tempos de pandemia – caso clínico

Ana Sofia Nunes<sup>1</sup>, Ana Paulina Barbosa<sup>2</sup>, Cátia Lia Abreu<sup>2</sup>, Ângela Cristina Cruz<sup>3</sup>, Helena Silva<sup>1</sup>  
1 Serviço de Pediatria, Hospital de Braga; 2 Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Hospital de Braga  
3 Serviço de Medicina Interna – Doenças Infeciosas, Hospital de Braga

### Introdução

O linfogranuloma venéreo (LGV) é uma infecção sexualmente transmissível (IST) provocada pelos serotipos L1, L2 ou L3 da bactéria *Chlamydia trachomatis*. Inicialmente, manifesta-se sob a forma de úlcera no local de inoculação que, ao passar muitas vezes despercebida, progride e atinge os gânglios regionais sob a forma de adenomegalias.

### Descrição

Adolescente de 17 anos previamente saudável, medicada com contraceptivo oral, recorre ao serviço de urgência, durante a atual pandemia, por tumefação dolorosa na região inguinal esquerda, de aumento progressivo, com 3 semanas de evolução. Previamente medicada com amoxicilina + ácido clavulânico (7:1) durante 8 dias, sem melhoria. Sem febre. Negou percepção de úlcera oral, genital ou anal. Relação sexual desprotegida ~4 semanas antes do surgimento da lesão.

Ao exame objetivo observou-se adenomegalia dolorosa na região inguinal esquerda, de dimensões 5x3 centímetros, aderente aos planos profundos, pétrea e sem sinais inflamatórios associados. Ao exame ginecológico não se identificaram úlceras ou exsudados vaginais atípicos. Na ecografia transvaginal apresentava apenas útero bicórneo/septado. A ecografia de partes moles revelou conglomerado de adenomegalias compatível com processo inflamatório/infecioso.

Analiticamente apresentava proteína C reativa de 22 mg/L, sem leucocitose ou neutrofilia. As serologias para hepatite B e C, vírus da imunodeficiência humana, toxoplasmose e sífilis foram negativas. Realizou pesquisa de *C. trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* por RT-PCR no exsudado vaginal, e teve alta medicada empiricamente com doxiciclina.

O diagnóstico presuntivo de LGV confirmou-se após positividade para *C. trachomatis*, tendo cumprido 21 dias de tratamento com doxiciclina. Em consulta de reavaliação objetivou-se regressão parcial da adenomegalia, após 8 dias de tratamento.

### Discussão

A presença de adenomegalias inguinais em adolescentes pode ser uma manifestação de IST.

A drenagem linfática da vagina e do cérvix ocorre maioritariamente para os gânglios retroperitoneais, explicando a menor frequência de LGV no sexo feminino. Porém, este diagnóstico deve ser sempre considerado, uma vez que a ausência de tratamento pode ter consequências graves, nomeadamente doença inflamatória pélvica, predisposição para ocorrência de gravidez ectópica, infertilidade, entre outras.

O impacto da pandemia COVID-19 na acessibilidade aos cuidados de saúde, associada ao constrangimento característico desta faixa etária, pode contribuir para o atraso no diagnóstico das IST.

## **Meningite aguda por *Listeria monocytogenes*: um caso em idade atípica**

Patrícia Campos<sup>1,3</sup>, Ana Rita Fradique<sup>2</sup>, Mariana Sebastião<sup>2</sup>, Patrícia Gomes Pereira<sup>1</sup>, Maria Miguel Resende<sup>1</sup>, Sónia Lemos<sup>2</sup>, Fernanda Rodrigues<sup>2</sup>, Jorge Vaz Duarte<sup>1</sup>

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

### **Introdução**

A *Listeria monocytogenes* é uma bactéria gram-positiva geralmente transmitida por ingestão de comida contaminada. A infeção por este agente ocorre tipicamente em grávidas, recém-nascidos, idosos e imunocomprometidos, sendo muito rara em indivíduos imunocompetentes de outras faixas etárias.

### **Descrição de caso**

Criança de 3 anos do sexo feminino, previamente saudável, observada em contexto de urgência por quadro com 12 horas de evolução de febre, vômitos, cefaleia occipital e prostração. Ao exame objetivo evidenciava rigidez da nuca. Analiticamente apresentava neutrofilia ( $11.71 \times 10^9/L$ ), proteína-C-reativa 3.85 mg/dL e procalcitonina 0.15 ng/mL. O estudo do líquido cefalorraquidiano (LCR) revelou glicose 54 mg/dL (glicemia 126 mg/dL), proteínas 110 mg/dL e número de células superior a  $1000/mm^3$  (77% de neutrófilos), sem identificação de germens na coloração Gram nem na cultura. Pelo diagnóstico de meningite aguda de provável etiologia bacteriana, iniciou terapêutica endovenosa empírica com ceftriaxone e vancomicina.

Nas primeiras 48 horas de terapêutica manteve-se taquicárdica, febril, prostrada, com vômitos e cefaleia occipital persistente. Após conhecimento do resultado da análise do LCR pela técnica de reação de polimerase em cadeia, que identificou *Listeria monocytogenes*, foi suspensa a terapêutica com vancomicina e iniciada ampicilina e gentamicina. Dado o estado geral e neurológico não tranquilizadores e a necessidade de realizar outros exames complementares de diagnóstico urgentes, foi transferida para o hospital de referência. A tomografia computadorizada crânio-encefálica não demonstrou alterações e o eletroencefalograma não foi sugestivo de encefalite. Do restante estudo realça-se o isolamento de *L. monocytogenes* na hemocultura da admissão. Após instituição da antibioterapia dirigida apresentou significativa melhoria clínica, atingindo apirexia ao sexto dia e evoluindo sem sequelas. O estudo imunológico não revelou, até ao momento, alterações sugestivas de imunodeficiência.

### **Conclusão**

O diagnóstico de meningite por *Listeria monocytogenes* numa idade em que é pouco habitual coloca desafios, dado apresentar características clínicas e analíticas semelhantes às de outros agentes bacterianos mais comuns, o que condiciona atraso na instituição de antibioterapia adequada. Realça-se a importância das técnicas de biologia molecular, que permitem diagnósticos mais rápidos. A raridade desta condição em crianças imunocompetentes desta idade conduziu à necessidade de excluir imunodeficiência.

## **Meningite viral complicada de labirintite: um agente incomum**

Alexandra Andrade<sup>1</sup>, Carolina Ferreira Gonalves<sup>1</sup>, Luc lia Aveiro<sup>1</sup>, Afonso Castro<sup>2</sup>, Paulo Rego Sousa<sup>3</sup>

1. Servio de Pediatria, Hospital Central do Funchal; 2. Servio de Otorrinolaringologia, Hospital Central do Funchal; 3. Unidade de Neuropediatria, Servio de Pediatria, Hospital Central do Funchal

### **Introduo**

A reactivao da infeco ao Varicela Zoster com manifestaes neurológicas é relativamente incomum, particularmente em indivíduos imunocompetentes, no entanto, pode ser responsável por quadros mais invasivos, sem o exantema característico, tornando o diagnóstico mais desafiador.

### **Descrio**

Adolescente de 17 anos, previamente saudável, recorre   urgência por quadro com 24h de evoluo de febre, v mitos, cefaleias e tonturas.   observao destacava-se fotofobia, nistagmo oculogiro de predomínio na levoverso do olhar e rigidez da nuca, sem ataxia da marcha. Não apresentava qualquer exantema. Realizou puno lombar, com liquor límpido, com presso de abertura aumentada, tendo iniciado terapêutica com ceftriaxone. O exame citoquímico do líquor apresentava 288 células/mm<sup>3</sup>, com predomínio de mononucleares, normoglicorr quia e hiperproteinorráquia. Foi assumido o diagnóstico de meningite viral, pelo que iniciou aciclovir endovenoso, e suspendeu o Ceftriaxone após identificao do VZV por PCR no líquor. No segundo dia de internamento foram identificadas algumas vesículas no pavilhão auricular direito, associadas a dor auricular, que haviam surgido uma semana antes do internamento, mas não foram valorizadas pelo doente. Realizou-se colheita do exsudado vesicular sendo positivo para VZV. As serologias IgG e IgM a VZV foram ambas positivas. Realizou RMN-CE, sem alteraes.

Clinicamente manteve-se nauseado, com v mitos frequentes, que agravava com o ortostatismo apresentando também marcha com desequilíbrio, mas sem base alargada e sem dismetria. Por quadro compatível com labirintite, iniciou tratamento sintomático com corticóide e beta-histina, com melhoria. Teve alta 15<sup>o</sup> dia de internamento com reavaliao na Consulta de Neuropediatria, estando aos 4 meses após o internamento sem queixas e sem sequelas. Foi realizado estudo imunológico, sem alteraes.

### **Discusso**

Neste caso descrevemos uma reactivao atípica de varicela, com meningite num jovem imunocompetente, apresentando vesículas auriculares como única manifestao cutânea. Este caso serve para ilustrar a importância de considerar este agente mesmo em jovens previamente saudáveis e sem exantema característico.

## Neurocisticercose (NCC) - infecção parasitária a não esquecer

Inês Gameiro , Mariana Sebastião , Patrícia Miranda , José Robalo , Carmen Costa , Daniela Pereira , Rui Pedro Pais , Fernanda Rodrigues , Joana A. Ribeiro

1 Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2 Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Leiria; 3 Centro de Desenvolvimento da Criança, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 4 Neurorradiologia, Imagem Médica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

### Introdução

A NCC é endémica na maioria dos países em desenvolvimento, onde é a principal causa de epilepsia. A residência em ambientes com más condições de higiene, ausência de saneamento básico e coabitação com suínos são fatores de risco (FR) para o seu desenvolvimento. Na Europa é rara, mas a sua incidência tem aumentado em indivíduos sem FR. Na ausência de imigração ou viagens a países endémicos, crê-se que a principal forma de transmissão é através do contacto com um portador assintomático da parasitose intestinal no agregado familiar.

### Descrição

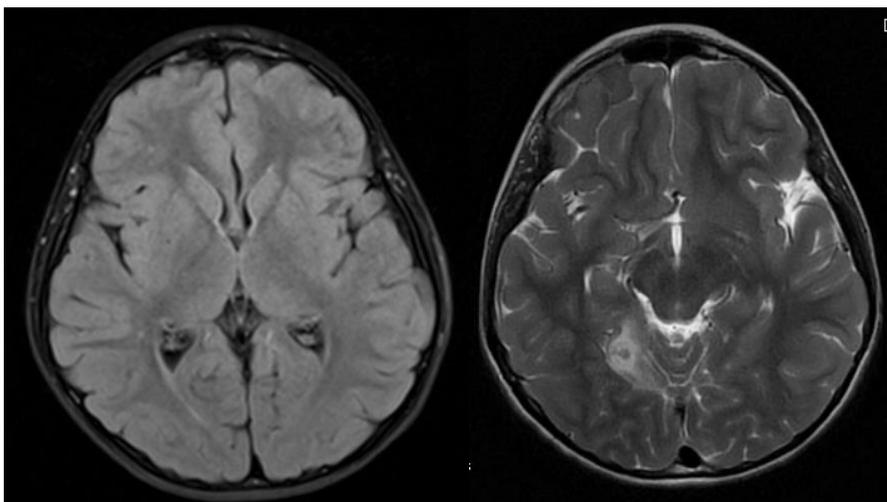
Menino de 7 anos, previamente saudável, foi admitido no Serviço de Urgência em *status* epilético, com resolução após diazepam retal. Por apresentar pós-crítico prolongado e dúvida sobre existência de sinais focais, realizou eletroencefalograma com lentificação bi-hemisférica mais marcada à direita e tomografia computadorizada crânio-encefálica com identificação de edema vasogénico na região occipital interna direita; hemograma e bioquímica sem alterações. Por suspeita de encefalite, fez punção lombar traumática apresentando 40 células (75%PMN, 25%MN), eritrócitos incontáveis, proteínas aumentadas e glicose normal. A ressonância magnética crânio-encefálica revelou uma lesão nodular com 1cm na transição temporo-parietal direita rodeada de edema vasogénico, com hipersinal em T2 e reforço do sinal após administração de contraste, de provável etiologia infecciosa/inflamatória (NCC ou tuberculoma)(Fig.1A). Trata-se de uma família com nível socioeconómico médio-alto, residente em zona urbana, sem contacto com suínos, sem contacto conhecido com tuberculose ou viagens recentes.

Foi transferido para hospital terciário, tendo iniciado terapêutica antiepilética. A investigação laboratorial e imagiológica de tuberculose foi negativa, bem como as serologias parasitárias e a fundoscopia, ecografia abdominal e ecocardiograma não apresentaram alterações. Foi decidido iniciar tratamento com albendazol e prednisolona tendo em conta o diagnóstico possível de NCC isolada, que cumpriu durante 10 dias. Não voltou a repetir crises epiléticas, apresentando exame neurológico normal.

Em reavaliação imagiológica às três semanas, constatada resolução praticamente total da lesão (Fig.1B), cumprindo assim critérios confirmatórios para NCC(Del Brutto OH, *et al* NeuroSci 2017).

### Discussão

Apesar de pouco frequente em Portugal e no contexto socioeconómico descrito, o diagnóstico de NCC deve ser considerado. A regressão da lesão após terapêutica constituiu um critério confirmatório deste diagnóstico.



**Figura 1.** A RM-CE em incidência T2 com lesão nodular com cerca de 1cm de diâmetro na transição temporo-parietal direita. B. RM-CE em incidência T2 flair realizada após terapêutica antiparasitária, com resolução quase total da lesão.

## O uso da fosfomicina em idade pediátrica

André Fontoura<sup>1</sup>, Fernanda Rodrigues<sup>2,3</sup>, Carmen Bento<sup>2</sup>

1. Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra

2. Clínica Universitária de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra

3. Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra

### Introdução

A Resistência aos Antimicrobianos constitui um dos principais desafios de saúde global do século XXII. O surgimento de estirpes bacterianas resistentes a várias classes de antibióticos conduz à necessidade de adaptar os atuais esquemas terapêuticos para o tratamento destas infeções. Uma das possíveis soluções para este problema é a reutilização de fármacos antigos como a fosfomicina. No entanto, a experiência no uso desta em idade pediátrica é limitada.

**OBJETIVOS:** O objetivo deste estudo foi analisar a literatura existente sobre os possíveis benefícios do uso da fosfomicina em idade pediátrica.

### Metodologia

Foi elaborada uma pesquisa bibliográfica, recorrendo a publicações nacionais e internacionais de relevo, na língua portuguesa e inglesa, sob a forma de artigos científicos publicados. Utilizaram-se os motores de busca *PubMed* e *Google Scholar* e os termos MeSH “*Fosfomicin*”, “*Pediatrics*”, “*Child*”, “*Infant, Newborn*”, “*Anti-Bacterial Agents*”, “*Drug Resistance, Bacterial*”, “*Pharmacokinetics*”, “*Urinary Tract Infections*”, “*Endocarditis*”, “*Osteomyelitis*”, “*Meningitis*” e “*Sepsis*”. Foram selecionadas 114 publicações.

### Resultados

A fosfomicina tem um mecanismo de ação único, inibindo a síntese da parede celular bacteriana. Atinge concentrações elevadas em vários tecidos (sistemas urinário, nervoso central e respiratório, osso e coração). Possui um largo espectro de ação, incluindo bactérias multirresistentes com níveis de resistência reduzidos. Apresenta poucos efeitos adversos, sendo as manifestações gastrointestinais as mais frequentes. Atualmente, em Portugal, o uso da fosfomicina é limitado a cistites não complicadas no sexo feminino e em maiores de 12 anos. Da análise da literatura existente até à data, ainda que limitada, o uso deste antibiótico mostrou resultados promissores no tratamento de infeções do trato urinário, osteomielite, endocardite infecciosa, meningite bacteriana e sépsis.

### Discussão/conclusão

Dadas as suas propriedades físico-químicas, atividade bactericida *in vitro*, perfil de segurança e experiência, a fosfomicina apresenta-se como uma opção terapêutica a valorizar no futuro. Os autores reconhecem o seu papel principalmente em infeções causadas por estirpes multirresistentes e em tratamentos combinados. No entanto, tendo em conta a limitada literatura existente sobre a utilização *in vivo* da fosfomicina em pediatria, são necessários mais estudos para comprovar a sua eficácia.

## Os desafios de diagnóstico numa meningite em de um recém-nascido

Mariana Sebastião (1), Ana Rita Fradique (1), Maria Manuel Zarcos (2), Mariana Domingues (1), Ana Sofia Simões (1), Lia Gata (1), Fernanda Rodrigues (1)

1. Hospital Pediátrico de Coimbra- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2. Hospital de Leiria

### Introdução

Descreve-se um caso de uma RN com meningite asséptica, em contexto de infeção por SARS-CoV-2, com diagnóstico presuntivo de meningite tuberculosa.

### Descrição

RN de termo, fruto de gravidez vigiada e sem intercorrências, com pais naturais do Brasil, com última estadia há 1 ano, elegível para BCG, mas que ainda não tinha recebido. Aos 12 dias de vida, foi observada por quadro de febre e gemido, em contexto familiar de COVID-19. Apresentou RT-PCR positiva para SARS-CoV-2, pCr 1,6 mg/dL, PCT 0,17 ng/mL, urocultura e hemocultura negativas. A punção lombar foi traumática, com cultura e PCR multiplex negativos. Teve boa evolução clínica e analítica, pelo que suspendeu a antibioterapia ao 6º dia e teve alta, com diagnóstico de COVID-19. Reiniciou quadro de febre e gemido cinco dias após a alta. Apresentava leucócitos 24300/uL, neutrófilos 12360/uL, pCr e PCT negativas. Repetiu PL com LCR com glicose 10 mg/dL, proteínas 272 mg/dL, células 1400/mm<sup>3</sup> com predomínio de mononucleares, exame direto, cultura e PCR multiplex negativos, PCR para SARS-CoV-2 negativa. Foi colocado o diagnóstico presuntivo de meningite tuberculosa tendo sido iniciada isoniazida, rifampicina, pirazinamida, etambutol e prednisolona. Não foi identificado *M. tuberculosis* no exame direto, PCR e cultura do LCR, urina ou suco gástrico. A ecografia abdominal, avaliação ocular, TAC-ce, radiografia do tórax e o eletroencefalograma não apresentaram alterações. O rastreio de tuberculose dos conviventes foi negativo. Verificou-se melhoria clínica com apirexia a partir do 7º dia de terapêutica tuberculostática. Atualmente, com 5 meses, está clinicamente bem, com desenvolvimento psicomotor adequado.

### Discussão

A raridade da meningite tuberculosa, particularmente no período neonatal, associada à identificação de SARS-CoV-2, colocaram desafios diagnósticos importantes.

Agradecimento: Dr<sup>a</sup> Isabel Carvalho, Programa Nacional para a Tuberculose, Unidade de Imunoalergologia e Pneumologia Pediátrica CHVNG/E, Centro de Diagnóstico Pneumológico de Gaia  
Dr. Paulo Cravo, Centro de Diagnóstico Pneumológico de Coimbra

## Osteomielite aguda – idade e localização raras

Beatriz Vieira<sup>1</sup>; Inês Mazedo<sup>1</sup>; Joana Pinho<sup>1</sup>; Tiago Carvalho<sup>2</sup>; Célia Madalena<sup>1</sup>; Sílvia Saraiva<sup>1</sup>; Catarina Oliveira<sup>1</sup>

1. Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, Póvoa de Varzim; 2. Serviço de Ortopedia, Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, Póvoa de Varzim

### Introdução

A osteomielite aguda (OA) é rara no período neonatal, podendo apresentar-se sob a forma de sépsis e/ou diminuição da mobilidade do membro afectado, com ou sem febre e sintomas gerais inespecíficos. Atinge, mais frequentemente, as metáfises dos ossos longos (fémur, tibia e úmero), sendo o atingimento do cúbito bastante raro (1-2%). Os agentes mais frequentes nesta faixa etária são o *Staphylococcus aureus*, o *Streptococcus* beta-hemolítico do grupo B (SGB) e a *Escherichia coli*.

### Descrição

Recém-nascido (RN), sexo feminino, fruto de uma gestação vigiada que decorreu sem intercorrências. Serologias e marcadores víricos sem indicação de infeção aguda e ecografias fetais sem alterações. Colonização materna vaginal por SGB, com profilaxia antibiótica intraparto completa. Parto eutócico às 39 semanas de gestação, com Índice de Apgar 10/10/10 e antropometria adequada. Clinicamente bem até aos 16 dias de vida, altura em que iniciou choro à palpação do membro superior esquerdo (MSE), com diminuição da mobilidade do mesmo. Sem história de traumatismo ou febre. Ao exame objectivo: MSE em pronação, com choro à palpação na região do punho esquerdo, com ligeiro rubor e edema. Radiografia sem alterações. Analiticamente: sem leucocitose, PCR negativa e VS de 2 mm. Por suspeita de OA é internado com antibioterapia endovenosa (ev) empírica. Pico febril único em D1 de internamento. Analiticamente: PCR máxima de 2,89 mg/dL e VS de 31 mm. Hemocultura com crescimento de um *Staphylococcus epidermidis*. Realizou ecografia que revelou aparente irregularidade do contorno cortical da extremidade distal do cúbito, na zona justafisária. A RMN, realizada em D12 de antibioterapia, confirmou a suspeita de OA do cúbito. Cumpriu 21 dias de antibioterapia ev com cefotaxime e flucloxacilina, com melhoria progressiva dos sinais inflamatórios do punho esquerdo, tendo tido alta com antibioterapia oral até completar 6 semanas de tratamento. Reavaliado em consulta ao mês e meio de vida: lactente assintomática, sem qualquer limitação dos movimentos do MSE.

### Discussão

Os autores apresentam um caso clínico de OA numa idade e localização raras. Um elevado índice de suspeição para o diagnóstico é essencial, uma vez que o início precoce de antibioterapia reduz o risco de complicações e sequelas importantes.

## Parasitas em viagem: larva *Migrains* cutânea - a propósito de um caso clínico

Ana Isabel Foles, Diana Silva, Ana Cristina Figueiredo, Cristina Hércules  
Serviço de Pediatria, Hospital de São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

### Introdução

A larva *migrains* cutânea (LMC) é uma dermatose típica de climas tropicais e subtropicais da América do Sul, sudoeste asiático e África. Os agentes mais frequentes são o *Ancylostoma brasiliense* e *Ancylostoma caninum*, parasitas de gato e cão, respetivamente. Os ovos destes parasitas são eliminados nas fezes do hospedeiro animal, depositando-se no solo. Quando em contacto direto com a pele humana, as larvas penetram e migram na pele.

### Descrição

Descrevemos o caso de uma criança de 2 anos, sexo feminino, previamente saudável, que se apresenta com lesões eritematopapulares na região glútea, associadas a prurido intenso. Estas lesões, de forma serpiginosas e com relevo, progrediram lentamente de tamanho durante 3 dias, até atingir cerca de 30 mm de comprimento e 3 mm de largura. Sem outra sintomatologia associada ou alterações ao exame objetivo.

Cerca de 3 meses antes, a criança terá viajado para o Brasil com os pais, frequentando parques e praias, nos quais realizou atividades lúdicas em contacto com o solo. Os contactos da criança permaneceram assintomáticos.

Foi colocada a hipótese diagnóstica de LMC, iniciando terapêutica com Albendazol 400mg/dia, durante 3 dias. A evolução foi favorável, com resolução completa das lesões após uma semana.

### Discussão

O quadro clínico particular associado ao contexto epidemiológico, permitiu realizar o diagnóstico de LMC.

No caso do viajante para áreas tropicais, as lesões desenvolvem-se em média 5 a 16 dias após o seu retorno. No caso descrito, a visita ao Brasil, país em que esta infeção é muito prevalente, ocorreu 3 meses antes do início da sintomatologia. Trata-se de um caso pouco frequente de LMC com manifestações tardias, descrito previamente na literatura.

Apesar de se tratar de uma patologia com curso autolimitado, optou-se por realizar terapêutica de modo a aliviar o prurido, encurtar a duração do quadro e evitar complicações (como sobreinfeção bacteriana ou disseminação hematológica).

Com a apresentação deste caso, os autores pretendem alertar para uma patologia pouco comum em Portugal que se pode manifestar tardiamente após viagem a um destino tropical, relembrando a importância do contexto epidemiológico da criança viajante.

## **Pneumonia COVID e doença de células falciformes**

José Maria Lupi<sup>1</sup>, Rita Valsassina<sup>1</sup>, Filipe Veloso Gomes<sup>2</sup>, Ana Margarida Garcia<sup>1</sup>, Maria João Brito<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidade de Infeciologia, Hospital Dona Estefânia. CHULC; <sup>2</sup>Serviço de Imagiologia, Hospital Dona Estefânia. CHULC

### **Introdução**

Na doença de células falciformes existe um risco acrescido de complicações respiratórias decorrentes de infeção bacteriana ou fenómenos tromboticos com síndrome torácico agudo (STA). As infeções virais podem predispor a complicações e a pandemia SARCoV2 veio acrescentar mais um desafio à etiologia da pneumonia num doente com doença de células falciformes (DCF).

### **Descrição de caso**

Adolescente de 16 anos com DCF genótipo HbSS e fenótipo grave com antecedentes de dois internamentos por STA, medicado com hidroxycarbamida, também com défice de G6PD e cardiopatia valvular foi internado por febre, tosse e toracalgia. O murmúrio vesicular estava globalmente diminuído e tinha hipoxemia grave com necessidade de oxigénio por concentrador a 15L/min. Analiticamente apresentava hemoglobina 5,6g/L com reticulócitos 8,7% e bilirrubina total 3,60mg/dL. Registava leucocitose 15310/uL com neutrofilia 11280/uL, PCR 214,7mg/L, procalcitonina 5,61ng/mL, IL-6 132,00pg/mL, ferritina 2167,0ng/mL, Amiloide A 133,00mg/L, fibrinogénio 3,3 g/L e D-Dímero 3074,0µg/L. A radiografia do tórax apresentava condensação esquerda. Havia contexto intrafamiliar de infeção SARS-CoV-2 e a PCR SARS-CoV-2 foi positiva (CT gene orf 30.8, gene e 32). A TC tórax revelou extensa condensação parenquimatosa do lobo inferior esquerdo e áreas em vidro despolido, compatíveis com pneumonia COVID e infeção bacteriana, excluindo STA. Foi medicado com cefotaxime e azitromicina, remdesivir, corticóide inalado, broncodilatadores e enoxaparina profilática. Necessitou de três transfusões de concentrado eritrocitário e manteve oxigenoterapia com desmame gradual durante 5 dias. Verificou-se melhoria clínica e laboratorial progressiva com apirexia em D8 de internamento. Actualmente está referenciado para realizar provas de função respiratória, seis meses após este evento.

### **Discussão**

A pneumonia COVID-19, a pneumonia bacteriana e STA partilham características clínicas, laboratoriais e radiológicas que se podem sobrepor, que condiciona decisões na abordagem terapêutica e torna o diagnóstico diferencial especialmente desafiador.

## Profilaxia antibiótica após extração dentária?

Ana Luísa de Carvalho<sup>1</sup>, Maria Miguel Gomes<sup>1,3</sup>, Helena Silva<sup>1</sup>, Ana Sofia Nunes<sup>1</sup>, Margarida Morais<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pediatria do Hospital de Braga; <sup>2</sup>Serviço de Estomatologia do Hospital de Braga; <sup>3</sup>Escola de Medicina da Universidade do Minho

### Introdução

A maioria das infec es orofaciais são autolimitadas e de origem odontog nica. Os procedimentos dentários apresentam riscos, que são tanto maiores quanto mais deficitária for a higiene oral. Devido ao aumento das resistências aos antimicrobianos, a profilaxia antibiótica nas extrações dentárias   controversa.

### Descrição

Adolescente de 15anos, sexo feminino, saudável, submetida a extração do siso inferior direito, e a extração mal-sucedida do siso superior direito, associada a manipulação local prolongada. Após o procedimento foi medicada com toma única de corticóide oral e amoxicilina/ácido clavulânico 875/125mg durante 7dias. Quatro semanas depois, surgiram sinais inflamatrios e trismo. Foi reavaliada pelo dentista e medicada com penicilina e metilprednisolona, ambos em toma única. Por agravamento clínico e drenagem intra-oral purulenta, recorreu   urgência hospitalar.   admissão encontrava-se apirética, eupneica, sem sialorreia e com trismo exuberante (ver figura). Na região malar direita, apresentava edema, rubor com centro brilhante, e tumefacção pétrea de limites mal definidos. Na cavidade oral, constatou-se drenagem purulenta e ligeiro rubor e edema da gengiva superior direita. Analiticamente tinha leucocitose (14300/uL), neutrofilia e proteína C-Reativa de 12,4mg/L. A ecografia de tecidos moles mostrou coleção líquida compatível com abscesso no espaço bucinador direito, com 4,5x2,6x3,6cm. A tomografia computadorizada revelou erosões ósseas e reação periostal mandibular, adjacentes ao segundo e terceiro molares superiores direitos e na parede do seio maxilar, bem como coleção de conteúdo líquido e gasoso com 3cm entre os seios piriformes e a parede posterolateral do seio maxilar direito, com extensão ao espaço celular subcutâneo. Em D1 iniciou drenagem espontânea e foi colocado dreno multitubular. Em internamento, cumpriu 5dias de corticoterapia e 10dias de amoxicilina/ácido clavulânico e clindamicina, ambos EV, e teve alta com amoxicilina/ácido clavulânico 875/125mg 7 dias. No exame microbiológico de pus cresceu um *Streptococcus anginosus* sensível   antibioterapia instituída. Posteriormente, foi submetida a desbridamento cirúrgico e extração do dente 18 com resolução da sintomatologia.

### Conclusão

Os autores apresentam o caso de um abscesso após tentativa de extração dentária mal-sucedida. Realça-se a importância da adequada profilaxia antibiótica em procedimentos demorados e com intensa manipulação dos tecidos, o que poderia ter evitado um procedimento cirúrgico.



## Síndrome de choque tóxico e hepatite colestática em tempos de pandemia COVID-19

Joana Vasconcelos, Andreia Abrantes, Rita Valsassina, Cristina Gonçalves, Maria João Brito  
Unidade de Infecçologia do Hospital de Dona Estefânia. CHULC; Unidade de Cuidados Intensivos  
Pediátricos do Hospital de Dona Estefânia. CHULC; Unidade de Gastroenterologia do Hospital de  
Dona Estefânia. CHULC

### Introdução

O síndrome do choque tóxico (SCT) é uma doença multissistémica mediada por toxinas estafilocócicas ou estreptocócicas com características semelhantes à síndrome inflamatória multissistémica na criança (MIS-C), rickettsioses ou leptospirose. Apesar de rara, apresenta elevada morbimortalidade quando não reconhecida e tratada atempadamente.

### Descrição

Adolescente de 13 anos internada por choque distributivo refratário ao volume com necessidade de suporte inotrópico. Apresentava febre com cinco dias de evolução, exantema maculopapular com atingimento palmo-plantar, enantema oral, língua em framboesa, hiperemia conjuntival bilateral e icterícia. Estava medicada com amoxicilina para amigdalite bacteriana. Registou-se leucocitose ( $21690 \times 10^9/L$ ) com neutrofilia ( $17710 \times 10^9/L$ ), elevação dos parâmetros inflamatórios (VS 32mm/h, PCR 269mg/L, PCT 3,84ng/mL, ferritina 106ng/mL, IL-6 608pg/mL), marcadores de lesão cardíaca (troponina I 227pg/mL, NT-proBNP 26 569pg/mL) e de lesão hepática com AST 40U/L, ALT 67U/L, bilirrubina total 5,99mg/dL e directa 4,42mg/dL. Iniciou ceftriaxone, clindamicina, doxiciclina e imunoglobulina (IgEV). Em D2 de internamento registou-se agravamento hemodinâmico e foi associada metilprednisolona mas a PCR e anticorpos para SARS-CoV-2 foram negativas. A partir de D5 verificou-se melhoria clínica progressiva mas um agravamento da icterícia e citocolestase hepática (AST 315U/L; ALT 876U/L; GGT 2794U/L) e iniciou ácido ursodesoxicólico. A investigação desta hepatite revelou anticorpos anti-transglutaminase IgA e anti-endomísio IgA positivos e a EDA confirmou doença celíaca com padrão Marsh3a. As hemoculturas, PCR e serologias para rickettsias foram negativas. Em D11 de internamento observou-se descamação em placas das mãos, região sagrada, intermamária e períneo compatíveis com infeção estreptocócica. Após três meses teve infeção por SARS-CoV-2 excluindo esta infeção prévia ao internamento.

### Discussão

Apesar dos critérios de MISC a ausência de infeção por SARS-CoV-2 ou link epidemiológico tornava este diagnóstico menos provável, posteriormente excluído quando teve infeção por SARS-CoV-2. Por outro lado, a amigdalite e a posterior descamação cutânea em placas, apesar de não haver isolamento de *streptococcus pyogenes* pela antibioterapia prévia, tornam o diagnóstico SCT estreptocócico o mais provável. A manutenção da hepatite que poderia estar associada á doença multiorgânica e/ou ser secundária a medicamentos identificou uma doença celíaca que deve ser excluída nestas situações.

## Susceptibilidade a tuberculose associada ao tratamento anti-TNF $\alpha$

Paula Manuel Vieira<sup>1</sup>, Joanna Ashworth<sup>1</sup>, Cláudia Correia<sup>1</sup>, Alexandre Fernandes<sup>2</sup>, Carla Teixeira<sup>2</sup>, Carla Zilhão<sup>3</sup>, Marta Tavares<sup>4</sup>, Rosa Lima<sup>4</sup>, Ana Ramos<sup>5</sup>, Isabel Carvalho<sup>6,7</sup>, Laura Marques<sup>2</sup>

1. Serviço de Pediatria, Centro Materno-Infantil do Norte Albino Aroso – Centro Hospitalar Universitário do Porto; 2. Unidade de Infeciologia e Imunodeficiências, Serviço de Pediatria, Centro Materno-Infantil do Norte Albino Aroso – Centro Hospitalar Universitário do Porto; 3. Unidade de Reumatologia, Serviço de Pediatria, Centro Materno-Infantil do Norte Albino Aroso – Centro Hospitalar Universitário do Porto; 4. Unidade de Gastreenterologia, Serviço de Pediatria, Centro Materno-Infantil do Norte Albino Aroso – Centro Hospitalar Universitário do Porto; 5. Unidade de Pneumologia, Serviço de Pediatria, Centro Materno-Infantil do Norte Albino Aroso – Centro Hospitalar Universitário do Porto; 6. Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho; 7. Centro de Diagnóstico Pneumológico de Gaia

### Introdução

A imunossupressão, especialmente a induzida por fármacos biotecnológicos, está fortemente associada ao risco de tuberculose. A terapêutica com anti-TNF $\alpha$  confere elevado risco de infeção por micobactérias pela sua atuação no eixo do INF $\gamma$ . No presente trabalho apresentamos 2 casos de doentes com doença inflamatória intestinal, sob tratamento com infliximab.

### Descrição

Adolescente, 15 anos, com colite ulcerosa. IGRA negativo 6 meses antes de iniciar infliximab. Após 2 sessões de tratamento, por tosse persistente, efetuou TC torácica que revelou áreas em vidro despolido no lobo inferior direito e lobo médio. Micobacteriológico de secreções e lavado broncoalveolar sem identificação de agente. IGRA positivo. Diagnóstico de tuberculose pulmonar, medicado com terapêutica quádrupla (isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol), com melhoria clínica e radiológica.

Adolescente, 17 anos, com doença de Crohn sob tratamento com infliximab há 2 anos. No âmbito de rastreio de tuberculose e perante IGRA indeterminado, efetuou tratamento preventivo com isoniazida durante 9 meses. Internado por febre prolongada, tosse e dor pleurítica. A radiografia de tórax apresentou imagens bilaterais de micronódulos sugestivas de padrão miliar, confirmado na TC torácica. Identificação de *Mycobacterium tuberculosis* (Mt) multissensível nas secreções respiratórias. Análise do líquido sem alterações. Iniciada terapêutica quádrupla com suspensão da terapêutica biológica. Por persistência da febre e suspeita de má absorção dos fármacos e síndrome de reconstituição imune, associada levofloxacina, amicacina e corticoterapia. Apirexia após 3 dias. Melhoria clínica e radiológica progressiva. Reinício de tratamento com infliximab após 5 meses, sem intercorrências. Não efetuada pesquisa de micobactérias na biópsia intestinal.

### Discussão

O rastreio de tuberculose é essencial nos grupos vulneráveis. A utilização de anti-TNF $\alpha$  é reconhecida como importante fator de risco. É fundamental o rastreio prévio ao início do tratamento e perante exposição. O risco de formas disseminadas e graves, como no segundo caso, salientam a necessidade de aumentar a suspeição clínica. Cada vez mais são documentados casos de tuberculose intestinal rotulados de doença de Crohn, sendo da maior importância a pesquisa de Mt na biópsia intestinal para exclusão.

## Tartaruga como animal de estimação, será boa opção?

Catarina Albuquerque, Marta Figueiredo, Joana Moscoso, Madalena Sales Luís, Rita Belo Morais, Maria João Leiria

Serviço de Pediatria do Hospital de São Francisco Xavier - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

### Introdução

A infeção por *Salmonella* sp. manifesta-se habitualmente como uma gastroenterite aguda autolimitada. É mais frequente em crianças com idade inferior a 5 anos e o número de casos notificados tem aumentado nos últimos anos. O isolamento deste agente assume especial importância pelas repercussões em termos de saúde pública e pelo potencial de gravidade em crianças com fatores de risco, nomeadamente idade inferior a 3 meses.

### Descrição

Lactente de 1 mês e 20 dias, internada por diarreia com muco e sangue. Previamente saudável, alimentada com fórmula para lactentes com adequada preparação. Residente em zona urbana com saneamento básico. Dois dias antes do internamento inicia dejeções líquidas amareladas em pequena quantidade, 20-30 episódios/dia, com muco e sem sangue, associadas a choro e irritabilidade. No dia do internamento dejeção com sangue vivo. Sem febre ou outros sintomas acompanhantes. Pais e irmão de 3 anos assintomáticos. À admissão apresentava boa vitalidade, mucosas húmidas, fontanela anterior normotensa, sem alterações ao exame objetivo. Analiticamente: leucócitos 15 800/uL, linfócitos 9880/uL, neutrófilos 4060/uL, proteína C reativa 0,18 mg/dL, função renal e ionograma sem alterações. A pesquisa de SARS-CoV-2 e de rotavírus e adenovírus nas fezes foi negativa. A coprocultura isolou *Salmonella enterica* ssp *enterica*, apenas sensível a cefalosporinas de 3ª geração. Apesar de melhoria clínica, pela faixa etária, iniciou terapêutica com cefotaxima endovenosa. A evolução foi favorável, com apirexia mantida, sem elevação de parâmetros de inflamação, hemocultura negativa, ecografia abdominal sem alterações, pelo que cumpriu 5 dias de terapêutica antibiótica. Após o diagnóstico, identificou-se como provável fonte de contágio uma tartaruga doméstica mantida na cozinha do agregado familiar e manipulada frequentemente pelo irmão.

### Discussão

Sabe-se que as tartarugas domésticas podem ser portadoras crónicas de *Salmonella* sp., com risco de transmissão aos humanos por contacto direto ou indireto. Este caso clínico destaca a importância da realização de história clínica completa e da coprocultura em pequenos lactentes com gastroenterite aguda e risco aumentado de doença invasiva. A morbidade descrita evidencia a necessidade de gestão de risco na escolha de um animal doméstico como a tartaruga.

## **Tosse convulsa: casuística de 10 anos de um hospital nível III**

Joana Vilaça<sup>1</sup>, André Morais<sup>1</sup>, Ivo Miguel Neves<sup>1</sup>, Patrícia da Cunha Rodrigues<sup>2</sup>, Manuela Costa Alves<sup>1</sup>

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

### **Introdução**

O ressurgimento de casos de tosse convulsa constituiu uma crescente preocupação a nível de Saúde pública. Sabe-se que este aumento de casos foi multifatorial, nomeadamente devido à diminuição da imunidade conferida pela vacina em adolescentes, diminuição da eficácia da vacina e ao maior alerta e facilidade de diagnóstico desta patologia. Por este motivo, foi introduzida a vacinação das gestantes em 2016.

### **Objetivos**

Avaliação epidemiológica, estado vacinal, clínica, terapêutica e evolução dos casos de tosse convulsa.

### **Metodologia**

Estudo observacional, descritivo, através da análise dos processos clínicos de casos de tosse convulsa com *Bordetella pertussis* positiva por PCR, admitidos num Serviço de Pediatria de um Hospital nível III no período de 1 de janeiro de 2011 a 31 de dezembro de 2020.

### **Resultados**

Identificaram-se 46 casos, sem predominância de género. Idade mínima ao diagnóstico foi de 15 dias e máxima de 12 anos; 65% (n=30) com idade inferior a 2 meses.

A tosse esteve presente em 100% da amostra, cianose em 76% (n=35), guincho em 30% (n=14) e hipoxemia em 15% (n=7).

A taxa de internamento foi de 91% (n=42), sendo que em 11% (n=5) foi necessário internamento em Unidade de Cuidados Intermédios e 4% (n=2) em Unidade de Cuidados Intensivos. A média de internamento foi 10 dias (mín 2, máx.37).

Em 93,5% (n=43), a primovacinação não estava completa, sendo que 38,8% (n=19) não eram vacinados e 38,8% (n=19) tinham apenas 1 dose. Em todos os doentes foi administrado um macrólido e foi feita profilaxia dos contactos. Não ocorreram óbitos. O maior número de casos ocorreu em 2016 (41,3%, n=19); em 2020 não se registou nenhum caso.

### **Discussão/Conclusão**

A taxa de internamento por tosse convulsa foi elevada, sendo a idade o fator mais contributivo. A evolução foi favorável na maioria dos casos, sendo que apenas 15% necessitaram de internamento em unidade de cuidados intermédios/intensivos. O ano de 2016 foi o ano com maior número de casos, com diminuição progressiva, após introdução da vacina na gravidez.

## Treze meses de SARS-CoV2 em idade pediátrica: casuística de um hospital distrital

Cátia Juliana Silva, Sofia Miranda, Inês Correia Magalhães, André Azevedo, André Costa e Silva;  
Sandra Catarina Ferraz, Helena Ramalho  
ULSAM – Hospital de Santa Luzia

### Introdução

COVID-19 é a designação atribuída à infeção pelo SARS-CoV2 (*severe acute respiratory syndrome 60oronavirus 2*). Os dados apontam para que esta infeção seja menos frequente e de menor gravidade em idade pediátrica. No entanto, pode causar a síndrome inflamatória multissistémica (MISC-C), uma condição rara mas potencialmente fatal.

### Objetivos

Descrever os casos de COVID-19 diagnosticados a nível hospitalar em idade pediátrica, o que motivou a realização de teste PCR SARS-CoV2 e a necessidade de internamento e complicações ao longo dos 13 meses após identificação da infeção em Portugal.

### Metodologia

Estudo observacional retrospectivo. Foram incluídos todos os pacientes com idade pediátrica (0 aos 18 anos, exclusive) que realizaram teste PCR SARS-CoV2 no Hospital Santa Luzia (Viana do Castelo) entre 1 de março de 2020 e 31 de março de 2021.

### Resultados

Ao longo de 13 meses, foram realizados 3048 testes PCR SARS-CoV2, 101 dos quais obtiveram resultado positivo. A febre estava presente em 50%, a tosse em 39% e a dispneia, disgeusia e anosmia em cerca de 9% dos casos positivos. Havia um contacto COVID-19 conhecido aquando da realização do teste em 34% dos casos positivos. A necessidade de internamento verificou-se em 10% dos casos, embora MISC-C se tenha desenvolvido em apenas 1% dos casos positivos.

### Discussão/Conclusão

O conhecimento científico acerca da infeção COVID-19 encontra-se em constante evolução e as normas para a definição de caso suspeito e para testagem vão sendo alteradas em função desse mesmo conhecimento. É o caso sintomas como anosmia e disgeusia que inicialmente não eram valorizados nem critério para testagem, podendo a sua prevalência estar subestimada. A febre e tosse foram os sintomas que maioritariamente motivaram o diagnóstico de COVID-19, concordante com a literatura. A realização de teste PCR SARS-COV2 meramente por protocolo para internamento motivou o diagnóstico de COVID-19 em quadros que não teriam critério para caso suspeito e em que efetivamente a infeção por SARS-CoV2 seria a etiologia do quadro, parecendo apoiar os estudos que apontam uma apresentação mais inespecífica em idade pediátrica. Apesar da prevalência de complicações graves ser baixa, a suspeição deve manter-se elevada, permitindo o diagnóstico e intervenção atempada.

## Tuberculose silenciosa

Bernardo Monteiro, Margarida Almendra, Madalena Leiria Carvalho, Francisca Costa, Paula Correia  
Hospital Professor Dr. Fernando Fonseca, EPE

### Introdução

A Tuberculose em Portugal tem tido uma taxa de incidência decrescente nos últimos anos. Contudo, é ainda uma doença subdiagnosticada, particularmente na ausência de sintomas respiratórios.

### Descrição

Descrevemos quatro casos de tuberculose com apresentação atípica.

Caso 1: 17 anos, sexo masculino, assintomático, com o diagnóstico de tuberculose pulmonar na sequência de alterações imagiológicas na TAC de Tórax realizada por acidente de viação. Isolamento de *Mycobacterium tuberculosis* com resistência à isoniazida.

Caso 2: 17 anos, sexo feminino, em investigação por dor abdominal e quisto hemorrágico do ovário esquerdo. TAC abdominal com alterações sugestivas de peritonite tuberculosa. Isolamento de *Mycobacterium tuberculosis* na biópsia peritoneal.

Caso 3: 14 anos, sexo masculino, omalgia com 4 meses de evolução após distensão muscular em contexto desportivo. TAC com achados de artrite e osteomielite. Isolamento de *Mycobacterium tuberculosis* na biópsia óssea.

Caso 4: 5 anos, sexo feminino, previamente assintomática, que na sequência de um traumatismo é internada por tumefação supraorbitária direita exuberante com sinais inflamatórios. Realizou abordagem cirúrgica com drenagem e isolamento de *Mycobacterium tuberculosis* na biópsia. Uma posterior investigação revelou mal de Pott.

### Discussão

Os casos descritos chamam a atenção para o atraso no diagnóstico de uma doença que se pode manter “silenciosa”, principalmente nos casos de tuberculose extra-pulmonar, pelo que se realça a importância de um elevado índice de suspeição para o diagnóstico.

## Tuberculose - uma apresentação atípica

Íris Rocha e Oliveira<sup>1</sup>, Andreia J. Fernandes<sup>1</sup>, Mafalda João Pereira<sup>1</sup>, Rita Justo Pereira<sup>1</sup>, Maria João Virtuoso<sup>1</sup>, Filipa Mestre Dias<sup>1</sup>

<sup>1</sup> – Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro

### Introdução

A forma disseminada da infeção por *Mycobacterium tuberculosis* resulta da propagação linfática/hematogénea do bacilo após uma infeção primária ou reativação de uma infeção latente. Os locais mais comuns de infeção extrapulmonar incluem o sistema linfático, ossos e articulações, fígado e sistema nervoso central.

### Descrição

Adolescente de 16 anos de idade, recém-chegada da Guiné-Bissau, onde residia. Dirigiu-se ao serviço de urgência por quadro de febre diária de predomínio noturno, tosse seca e sensação de dispneia com 3 meses de evolução. Associadamente, referia dor abdominal epigástrica que agravava com a ingesta e perda ponderal de 3kg. Ao exame objetivo, verificou-se a presença de uma massa abdominal epigástrica com extensão ao hipocôndrio direito e uma adenopatia axilar esquerda. Desconheciam-se imunizações prévias.

Analicamente, verificou-se a presença de anemia normocítica e normocrómica, com elevação da velocidade de sedimentação (120mm/h) e da Proteína-C-reativa (95mg/dL). Os exames de imagem revelaram a presença de múltiplos conglomerados adenopáticos torácicos/abdominais e uma lesão para-hilar esquerda compatível com pequena cavitação. O teste de Mantoux foi positivo (25mm), com Interferon Gamma Release Assay (IGRA) inconclusivo. A endoscopia digestiva alta demonstrou uma lesão duodenal exofítica ulcerada, friável ao toque, que condicionava estenose severa do lúmen, sugestiva de doença linfoproliferativa; o resultado da biópsia não confirmou esta suspeita. Na broncofibroscopia encontrou-se uma lesão no lobo superior esquerdo, sangrante ao toque, sugestiva de tuberculose. A amplificação de ácidos nucleicos nas secreções brônquicas foi positiva para *Mycobacterium tuberculosis*. Foi iniciada terapêutica tuberculostática com evolução clínica favorável.

### Discussão

A apresentação deste caso tem como intuito alertar para a importância de se considerar a tuberculose disseminada como diagnóstico diferencial em pacientes com adenopatias generalizadas e envolvimento sistémico concomitante, sobretudo em pacientes oriundos de países em desenvolvimento endémicos para a tuberculose. Isto torna-se particularmente relevante uma vez que a tuberculose apresenta uma marcha terapêutica bem definida e tem melhor prognóstico, quando comparada com doenças linfoproliferativas.

## **Tuberculose: uma epidemia escondida pela pandemia**

Maria Inês Neto<sup>1</sup>, Rita Vilar Queirós<sup>1</sup>, Inês Garcia Ferro<sup>2</sup>, Isis Sacramento Monteiro<sup>1</sup>, Patrícia Pais<sup>1</sup>, Susana Correia<sup>1</sup>

1 Centro Hospitalar Barreiro Montijo E.P.E, Barreiro, Portugal; 2 Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

### **Introdução**

O diagnóstico de tuberculose pode ser desafiante em idade pediátrica, pela ausência ou baixa especificidade de sintomas e difícil confirmação microbiológica. As crianças e adolescentes são particularmente vulneráveis a apresentações e consequências graves da doença. Apesar de a incidência de tuberculose em Portugal estar a diminuir, os distritos de Lisboa e Setúbal mantêm taxas acima dos vinte casos por cem mil habitantes.

### **Descrição**

Apresentamos dois casos clínicos de tuberculose pulmonar grave, sem contexto epidemiológico identificável.

Caso 1 - Adolescente do sexo feminino, quinze anos. Trazida ao Serviço de Urgência (SU) em fevereiro de 2021, sete dias após o diagnóstico de COVID-19, por febre com três dias de evolução, tosse produtiva com expectoração mucosa, odinofagia, mialgias e taquicardia, apresentando sibilos dispersos na auscultação pulmonar. Apurou-se também cansaço, emagrecimento e suores noturnos com seis meses de evolução. Na radiografia torácica observaram-se áreas de densificação dispersas e imagem de cavitação, colocando-se a hipótese diagnóstica de pneumonia a SARS-CoV-2 e/ou tuberculose pulmonar. Transferida para o Hospital Dona Estefânia, onde realizou exame direto da expectoração observando-se bacilos ácido-álcool resistentes (BAAR) e tomografia computadorizada (TC) que revelou aspetos sugestivos de tuberculose pulmonar com disseminação brônquica, considerando-se este o diagnóstico final.

Caso 2 - Adolescente do sexo masculino, dezassete anos, fumador e consumidor de canábis. Trazido ao SU em março de 2021 por anorexia, cansaço para esforços moderados, tosse com expectoração purulenta de predomínio noturno com cerca de um mês de evolução e perda ponderal não quantificada. A radiografia torácica revelava infiltrado bilateral difuso e imagens sugestivas de cavitação, confirmadas em TC torácica. No exame direto de expectoração observaram-se múltiplos BAAR, corroborando a hipótese diagnóstica de tuberculose pulmonar.

### **Discussão**

A tuberculose continua a ser um diagnóstico a considerar em Portugal e o reconhecimento tardio dos sintomas contribui para a sua disseminação e agravamento clínico, com apresentações em estado avançado de doença.

O desvio de recursos de saúde para o combate à pandemia COVID-19 associado à relutância das famílias no acesso aos cuidados de saúde, particularmente em casos de sintomatologia não aguda, são fatores que podem contribuir para o atraso diagnóstico, tal como nos casos aqui descritos.

### **Tuberculose vertebral com envolvimento epidural, uma forma rara**

Lorena Stella<sup>1</sup>; António Caetano<sup>2</sup>; Cláudia Marques Matos<sup>1,3</sup>; Carla Conceição<sup>2</sup>; João Campagnolo<sup>4</sup>; Catarina Gouveia<sup>1</sup>

1. Unidade de Infeciologia Pediátrica, Área de Pediatria Médica, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central; 2. Serviço de Imagiologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central; 3. Serviço de Neuropediatria, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central; 4. Serviço de Ortopedia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

#### **Introdução**

A tuberculose (TB) óssea é responsável por 10-35% dos casos de TB extrapulmonar. A forma mais comum é a TB vertebral. O envolvimento epidural concomitante é uma forma grave e extremamente rara de TB.

#### **Descrição do Caso**

Adolescente de 11 anos, sexo masculino, natural da Guiné-Bissau, em Portugal desde 2018. Previamente saudável, vacinado com BCG. De salientar dois contatos próximos com TB multissensível no último ano, não tendo sido rastreado. Recorreu ao Serviço de Urgência por toracalgia com dois meses de evolução, que agravou após queda. Sem sintomas respiratórios ou constitucionais. Apresentava adenopatias cervicais bilaterais, ligeira cifose e hipostesia algica em nível suspenso por D7. Analiticamente PCR 3.9 mg/dL, VS 57 mm/h. A TC torácica revelou consolidação lobar inferior esquerda com padrão *tree-in-bud*, sem cavitações, conglomerado adenopático hilar ipsilateral e surpreendentemente identificou colapso do corpo vertebral de D7. A RMN da coluna mostrou fratura do corpo vertebral com colapso em D7 e espessamento das partes moles paravertebral, foraminal e epidural, com discreta compressão medular. A prova tuberculínica (23 mm) e o IGRA foram positivos; a técnica de amplificação de ácidos nucleicos, o exame cultural do aspirado gástrico e a serologia para HIV foram negativos. Iniciou terapêutica quadrupla com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol inicialmente associada a levofloxacina e prednisolona, pelo envolvimento meníngeo. Colocou ortotese de Jewett e após 2 meses de follow-up existe melhoria das queixas algicas.

#### **Conclusão**

Apresentamos um caso raro de TB com envolvimento vertebral e epidural. Neste caso, a monitorização neurológica constante e a melhoria do quadro sob terapêutica antibacilar permitiram uma abordagem conservadora. Contudo, o follow-up deverá ser rigoroso e regular para evitar sequelas.

## Um caso de purpura numa criança de 5 anos

Aida Correia de Azevedo<sup>1</sup>; Ana Sofia Rodrigues<sup>1</sup>; Beatriz Andrade<sup>1</sup>; Helena Marques da Silva<sup>1</sup>; Clara Vieira<sup>1</sup>; Felisbela Rocha<sup>1</sup>; Hernâni Brito<sup>1</sup>

1- Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar do Médio Ave, Vila Nova de Famalicão

### Introdução

A Púrpura de Henoch-Schönlein (PHS), vasculite de pequenos vasos mediada pela IgA, é relativamente comum em idade pediátrica. Caracteriza-se por púrpura palpável que pode ser acompanhada por manifestações articulares, gastrointestinais e renais. Pode ser secundária a infeções das vias aéreas superiores, tumores ou fármacos. A infeção pelo SARS-CoV-2 culmina na doença designada de COVID-19 que, em idade pediátrica se manifesta maioritariamente com sintomas respiratórios ligeiros, podendo, contudo, acometer uma multiplicidade de órgãos, como pele, coração, fígado, entre outros. Apresentamos um caso de uma criança de 5 anos com PHS e história de infeção recente pelo SARS-CoV-2.

### Descrição do caso

Criança do género masculino, 5 anos, antecedentes de infeção pelo SARS-CoV-2 há 3 semanas, trazida ao Serviço de Urgência Pediátrico por lesões cutâneas violáceas com 2 dias de evolução, indolores e com algum prurido associado. Referia ainda dor abdominal generalizada e na mão direita. Sem outros sintomas. Objetivamente, bom estado geral, hemodinamicamente estável, edema do dorso da mão direita (figura 1) e púrpura palpável distribuída pelos membros inferiores e nádegas (figura 2), compatível com PHS. Foram realizados análise sumária de urina e estudo analítico com hemograma, bioquímica e coagulação que não revelaram alterações. Teve alta com medidas sintomáticas verificando-se regressão da púrpura ao fim de duas semanas. Em consulta de seguimento, constatada recaída da PHS um mês após, com menor duração do episódio e sem outros sintomas associados.

### Discussão

A PHS é a forma de vasculite sistémica mais comum em idade pediátrica, maioritariamente secundária a infeção das vias aéreas superiores, sendo o agente etiológico mais frequentemente implicado o *Streptococcus*. PHS secundária à infeção pelo SARS-CoV-2, denominada por alguns autores “Purpura”, foi reportada até então num ínfimo número de casos, por oposição à doença de Kawasaki e lesões eritema pérmio-like, altamente implicadas no fenótipo da COVID-19 em crianças. A sua ocorrência é primariamente explicada pela resposta inflamatória induzida pela enzima conversora de angiotensina-2, presente no endotélio vascular e à qual se liga o SARS-CoV-2 aquando da infeção. Trata-se de mais uma manifestação clínica da COVID-19, a acrescentar ao variadíssimo espectro de apresentações da doença.



Figura 1. Edema do dorso da mão direita, sem outros sinais inflamatórios associados.



Figura 2. Púrpura palpável dispersa nos membros inferiores.

## Um caso tardio de BCGite

Joana Valente Dias<sup>1</sup>, Sofia Lima<sup>1</sup>, Marta Contreiras<sup>1</sup>, Paulo Oom<sup>1</sup>

<sup>1</sup>-Departamento de Pediatria do Hospital Beatriz Ângelo, Loures, Portugal

### Introdução

A linfadenite associada à BCG, também designada de BCGite, é uma complicação que surge mais frequentemente nos primeiros 6 meses após a inoculação embora estejam descritos casos dois anos após a vacinação. O diagnóstico é clínico, baseando-se na presença de adenite axilar ipsilateral ao local de inoculação, habitualmente na ausência de sintomas sistémicos.

### Descrição

Apresenta-se o caso de uma criança de 20 meses, sexo masculino, imunizações segundo plano nacional de vacinação e vacina BCG administrada ao segundo dia de vida, sem outros antecedentes pessoais de relevo. Trazido ao Serviço de Urgência por linfadenopatia axilar esquerda com cerca de 2 meses de evolução. Teria recorrido 4 dias antes ao centro de saúde por aumento das dimensões da tumefacção, sem febre e sem outra sintomatologia, tendo sido medicado com amoxicilina-ácido clavulânico que cumpria sem melhoria. À observação destacava-se bom estado geral, apirexia mantida, presença de duas adenopatias axilares, à esquerda, com cerca de 4cm de diâmetro, não supuradas e sem flutuação. Realizou avaliação analítica sem elevação dos parâmetros inflamatórios, serologia VIH negativa e radiografia de tórax sem alterações. A ecografia foi sugestiva de adenite em contexto pós-vacinação BCG, não excluindo outros diagnósticos de etiologia bacteriana. Reavaliado uma semana depois em Hospital de Dia, mantendo linfadenopatia sobreponível após cumprir 10 dias de amoxicilina-ácido clavulânico e 5 dias de azitromicina. Dada localização, ausência de melhoria após antibioterapia e restante investigação etiológica negativa assumiu-se como mais provável o diagnóstico de BCGite. Realizou radiografia do membro, para exclusão de envolvimento ósseo, que não mostrou alterações. Dado a ausência de evidência de doença disseminada optou-se por manter atitude expectante verificando-se a supuração espontânea do gânglio cerca de duas semanas depois.

### Discussão

O diagnóstico de BCGite deve ser sempre considerado na abordagem de uma criança com linfadenite axilar e vacinação ipsilateral com a BCG, especialmente na ausência de febre ou outras queixas. A administração subcutânea e no período neonatal precoce são alguns dos fatores que podem aumentar o risco desta complicação. Dada a evolução habitualmente favorável da doença não disseminada pode optar-se por manter atitude expectante e seguimento.

## Um raro caso de abscesso cerebral após higienização dentária

Lisa Pereira Soares<sup>1</sup>, Beatriz B. Pedreira<sup>1</sup>, Catarina Barreira<sup>2</sup>, Énia Sousa<sup>2</sup>, Manuela Brandão<sup>3</sup>, Teresa Jacinto<sup>1</sup>, Paulo Rego Sousa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pediatria do Hospital Central do Funchal; <sup>2</sup>Serviço de Neurocirurgia do Hospital Central do Funchal; <sup>3</sup>Serviço de Neonatologia do Hospital Beatriz Ângelo

### Introdução

O abscesso cerebral é uma infecção actualmente rara do SNC que pode ter origem na invasão bacteriana contígua a partir de um local próximo, nomeadamente a cavidade oral, frequentemente na presença de patologia dentária ou gengival. Muito raramente pode dever-se a procedimentos dentários minimamente invasivos. Os microrganismos mais frequentemente envolvidos nestes casos são bactérias como *Streptococcus* do grupo *viridans*, *Actinomyces*, *Fusobacterium Peptosreptococcus* ou *Aggregatibacter*. O tratamento envolve um curso prolongado de antibioterapia e, frequentemente, abordagem neurocirúrgica.

### Descrição

Adolescente de 12 anos, previamente saudável, que 3 semanas após realização de higienização dentária inicia quadro de cefaleia frontal, foto e sonofobia e vômitos alimentares. Recorreu ao serviço de urgência após 5 dias de evolução da sintomatologia, não apresentando alterações ao exame objectivo. Pediu-se TC-CE que revelou lesão necrótico-quística temporal esquerda. Para melhor caracterização da mesma realizou RM-CE que demonstrou tratar-se de uma lesão ovalada temporal inferior com 29 mm de maior eixo sugestiva de provável abscesso cerebral. Iniciou antibioterapia endovenosa tripla com Cefotaxime, Vancomicina e Metronidazol e realizou-se punção aspirativa por craniotomia. A análise microbiológica revelou crescimento de *Streptococcus* do grupo *viridans* multissensível tendo sido descalada antibioterapia endovenosa, para Cefotaxime. A investigação etiológica complementar realizada, que incluiu avaliação por medicina dentária e realização de ecocardiograma, não revelou alterações. Cumpriu um total de 4 semanas de antibioterapia endovenosa e 2 semanas de terapêutica oral, com boa evolução clínica e imagiológica, sem registo de intercorrências. Até ao momento não se identificaram quaisquer sequelas.

### Discussão

Com o presente caso pretende-se destacar a possibilidade de ocorrer uma complicação grave depois de um procedimento dentário numa criança previamente saudável e sem patologia da cavidade oral. Por outro lado, destaca-se que a apresentação clínica pode ser mascarada por um quadro benigno pelo que esta hipótese diagnóstica deverá ser equacionada, mesmo na ausência de sinais e sintomas de alarme à observação.

## Uma apresentação incomum de infecção por VHS-1

Sara Machado<sup>1</sup>, Cecília Pereira<sup>1</sup>, Patrícia Sousa<sup>1</sup>, Susana Soares<sup>1</sup>, Ana Luísa Lobo<sup>1</sup>, Catarina Vilarinho<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pediatria, Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães; <sup>2</sup>Serviço de Dermatologia, Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães

### Introdução

A apresentação mais frequente da primoinfecção pelo Vírus Herpes *Simplex* tipo 1 (VHS-1) em idade pediátrica é a gengivoestomatite herpética. Descreve-se este caso pela sua apresentação e localização atípicas e exuberância clínica.

### Descrição

Criança de 19 meses, sexo feminino, sem antecedentes relevantes, trazida ao serviço de urgência por dermatose pruriginosa localizada na região cervical direita, em agravamento progressivo, com três dias de evolução. Negada febre e envolvimento das mucosas ou do restante tegumento. Negado contexto epidemiológico de doença. Medicada desde D1 com flucloxacilina oral em dose infraterapêutica e ácido fusídico tópico, sem melhoria. Ao exame objetivo, apresentava, na região cervical direita, lesões vesico-bolhosas, algumas exulceradas e com crostas hemorrágicas, sobre pele eritematosa e friável e lesões satélites periorais. Analiticamente, apresentava linfócitos atípicos e proteína C reativa 29,2 mg/L, sem outras alterações. Por suspeita de impétigo bolhoso com falência de antibioterapia oral, foi internada para realização de terapêutica intravenosa (IV) com amoxicilina-ácido clavulânico. Por ausência de melhoria após 72 horas de antibioterapia, com aparecimento de novas lesões com disposição zosteriforme e suspeita de infecção herpética sobreinfetada, iniciou tratamento empírico com aciclovir, flucloxacilina e clindamicina IV. No bacteriológico do exsudado purulento foi isolada *Klebsiella pneumoniae* resistente à ampicilina, motivo pelo qual suspendeu flucloxacilina e iniciou ceftriaxone IV. Por infecção fúngica sobreposta, iniciou clotrimazol tópico. Cumpriu cinco dias de tratamento com aciclovir IV e dez dias com ceftriaxone e clindamicina IV, com melhoria gradual das lesões. Verificou-se hemocultura negativa e pesquisa de VHS-1 por *polymerase chain reaction* (PCR) no exsudado cutâneo positiva. Contexto epidemiológico de contacto com familiar com lesões herpéticas labiais aferido apenas após conhecimento dos resultados de pesquisa por PCR.

### Discussão

A gengivoestomatite, apesar de frequente, não é a única forma de apresentação da primoinfecção herpética. Manifestações clínicas em localizações atípicas tornam o seu diagnóstico difícil e dependente de elevada suspeição clínica. Este caso retrata uma apresentação incomum de infecção pelo HSV-1 complicada com sobreinfecção bacteriana. Os autores pretendem reforçar a importância da colheita da história clínica e investigação de contexto epidemiológico na prática clínica, permitindo um diagnóstico precoce e instituição atempada de terapêutica dirigida.

**Vacina anti-rotavírus no programa nacional de vacinação: a quem e quando? – caso clínico**

Ana Sofia Nunes<sup>1</sup>, Cláudia Gonçalves<sup>1</sup>, Ângela Pereira<sup>1</sup>, Margarida Reis Morais<sup>1</sup>, Marina Pinheiro<sup>1</sup>, Helena Silva<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pediatria, Hospital de Braga

**Introdução**

Na Europa, a incidência anual de gastroenterite aguda (GEA) em crianças com menos de 3 anos é de 0,5-2 episódios. Os agentes etiológicos mais frequentes são os vírus, entre eles, o Rotavírus. Esta infeção pode ser benigna e autolimitada, mas podem também ocorrer complicações graves, como desidratação e distúrbios do equilíbrio hidroeletrólítico e ácido-base.

Em Portugal estão comercializadas e disponíveis duas vacinas contra o Rotavírus. Desde dezembro de 2020 que estas estão contempladas no Programa Nacional de Vacinação (PNV) mas apenas para grupos de risco ainda por definir.

**Descrição**

Criança de 2 anos, do sexo masculino, trazido ao Serviço de Urgência por quadro de vômitos (>3), dejeções diarreias (>7), sem sangue ou muco, com 12 horas de evolução. Sem febre e com diurese diminuída. Sem contexto epidemiológico de doença. PNV atualizado, sem imunização contra o Rotavírus.

Ao exame objetivo, apresentava-se eupneico e hemodinamicamente estável, prostrado, com olhos encovados e mucosas secas.

Analicamente, apresentava lesão renal aguda (ureia 86 mg/dL e creatinina 1 mg/dL) com acidose metabólica (pH 7,317, bicarbonato 13,6 mmol/L) e hiponatremia de 134 mmol/L. A proteína C reativa era de 4,6 mg/L.

Realizou dois bólus de 10 mL/Kg de soro fisiológico e iniciou fluidoterapia endovenosa para as necessidades basais e para um défice estimado de 6%.

Ao longo do internamento apresentou melhoria clínica e analítica progressiva, com normalização da função renal. No virológico de fezes foi isolado Rotavírus. O microbiológico foi negativo. Teve alta em D4 de internamento com o diagnóstico de GEA a Rotavírus complicada de desidratação, com lesão renal aguda.

**Discussão**

A vacinação contra o Rotavírus mostra um impacto muito importante sobre a doença, com efetividade elevada na prevenção da doença grave e consequentemente na hospitalização.

Os pais/cuidadores devem ser sensibilizados para a importância da vacinação. No entanto, já que para a grande maioria esta é feita em contexto extra-PNV, o seu custo pode ser uma limitação à sua administração.

Os autores pretendem alertar para a importância da vacinação e para a eventual necessidade de inclusão, de forma universal, da vacina anti-rotavírus no PNV.