



Jornal Paranaense de Pediatria

EDITOR RESPONSÁVEL

Sérgio Antônio Antoniuk

Professor Adjunto do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Neuropediatria.

EDITORES ASSOCIADOS

Aristides Schier da Cruz

Professor Adjunto do Departamento de Pediatria da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná, Disciplina de Gastroenterologia Pediátrica.

Eliane Mara Cesário Pereira Maluf

Professora do Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal do Paraná; Mestre em Pediatria e Doutora em Clínica Médica pela Universidade Federal do Paraná; Membro do Departamento de Cuidados Primários da Sociedade Brasileira de Pediatria; Presidente da Sociedade Paranaense de Pediatria.

Donizetti Dimer Giamberardino Filho

Pediatra Diretor do Hospital Infantil Pequeno Príncipe

Gilberto Pascolat

Preceptor da Residência Médica de Pediatria do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.

José Eduardo Carreiro

Professor Assistente do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná.

Luiza Kazuko Moriya

Professora Assistente do Departamento de Pediatria da Universidade Estadual de Londrina

Regina P. G. Vieira Cavalcante Silva

Professora Substituta do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Neonatologia.

Walid Salomão Mousfi

Professor Responsável pela Disciplina de Pediatria da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

CONSELHO EDITORIAL

Alfredo Löhr

Professor de Clínica Pediátrica da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Disciplina de Neuropediatria.

Carlos A. Riedi

Professor de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Alergia-Pneumologia Pediátrica.

Carmem Austrália Paredes Marcondes Ribas

Professora Assistente do Departamento de Pediatria da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná.

César Sabbaga

Preceptor da Residência Médica em Cirurgia Pediátrica do Hospital Infantil Pequeno Príncipe - Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Daltro Zunino

Professor Colaborador da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná, Disciplina de Nefrologia Pediátrica.

Evangelia Athanasio Shwetz

Professora Assistente do Departamento de Pediatria da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná, Disciplina de Neonatologia.

Isac Bruck

Professor Assistente do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Neuropediatria

Ismar Strachmann

Professor de Clínica Pediátrica da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Disciplina de Terapia Intensiva.

José Carlos Amador

Doutor em Pediatria pela UNICAMP. Pós-Doctor em Nutrição Enteral e Parenteral pela Universidade de Maastricht - Holanda. Professor Adjunto da Universidade Estadual de Maringá.

Kerstin Taniguchi Abagge

Professora Assistente do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Dermatologia Pediátrica.

Lucia Helena Coutinho dos Santos

Professora Adjunta do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Neuropediatria

Luiz Antônio Munhoz da Cunha

Chefe do Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Infantil Pequeno Príncipe

Rosana Marques Pereira

Professora Adjunta do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Endocrinologia Pediátrica

Mara Albonei Pianovski

Professora Assistente do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Hematopediatria

Margarida Fatima Fernandes Carvalho

Professora Adjunta de Pediatria da Universidade Estadual de Londrina, Doutora em Pediatria pela Universidade de São Paulo

Marina Hideko Asshiyde

Professora de Clínica Pediátrica da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Disciplina de Infectologia Pediátrica.

Mário Vieira

Preceptor em Gastroenterologia da Residência Médica em Pediatria do Hospital Infantil Pequeno Príncipe, Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Milton Elias de Oliveira

Professor da Faculdade de Medicina da Universidade do Oeste do Paraná - Cascavel

Mitsuru Miyaki

Professor Titular do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Neonatologia.

Nelson Augusto Rosário Filho

Professor Titular do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Alergia e Imunologia.

Nelson Itiro Miyague

Professor Adjunto do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Cardiologia Pediátrica.

DIRETORIA SPP - TRIÊNIO 2007-2009

Presidente: Aristides Schier da Cruz (Curitiba)

Presidente de Honra: Eliane Mara Cesário

Pereira Maluf (Curitiba)

1º Vice-Presidente: Darci Vieira da Silva Bonetto (Curitiba)

2º Vice-Presidente: Milton Macedo de Jesus (Londrina)

3º Vice-Presidente: Kennedy Long Schisler (Foz do Iguaçu)

4º Vice-Presidente: José Carlos Amador (Maringá)

Secretária Geral: Regina Paula Guimarães Vieira
Cavalcante da Silva (Curitiba)

1º Secretário: Tony Tannous Tahan (Curitiba)

2º Secretário: Renato Tamehiro (Cascavel)

Tesouraria

1º Tesoureiro: Gilberto Pascolat (Curitiba)

2º Tesoureiro: Dorivâm Celso Nogueira (Curitiba)

Conselho Fiscal: Diether H. Garbers (Curitiba), Álvaro Luiz de Oliveira (Londrina), Nelson Augusto Rosário Filho (Curitiba), José Carlos Michels Oliveira (Curitiba), Gilberto Saciloto (Guarapuava)

Comissão de Sindicância: João Gilberto Sprotte Mira (Curitiba), Jussara Ribeiro dos Santos Varassin (Curitiba), Claudete Teixeira Krause Closs (Curitiba), Osório Ogasawara (Paranavai), Lúcio Esteves Junior (Maringá)

Conselho Consultivo: Donizetti Dimer Giamberardino Filho (Curitiba), Kerstin Taniguchi Abagge (Curitiba), Alléssio Fiori Sandri Junior (Umuarama), Rosângela de Fatima I. Garbers (Curitiba), Wilma Suely Ribeiro Reque (Ponta Grossa)

Diretoria de Patrimônio: Luiz Ernesto Pujol (Curitiba)

Diretoria de Informática: Dorivâm Celso Nogueira (Curitiba)

Diretoria de Eventos Científicos: Cristina Rodrigues da Cruz (Curitiba), Eliane Mara Cesário Pereira Maluf (Curitiba), Marion Burger (Curitiba)

Diretoria de Defesa Profissional: Armando Salvatierra Barroso (Curitiba), José Carlos Michels de Oliveira (Curitiba), Álvaro Luiz de Oliveira (Londrina)

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS DA SOCIEDADE PARANAENSE DE PEDIATRIA

Departamento de Adolescência

Beatriz Elizabeth Bagatin V. Bermudez

Departamento de Aleitamento Materno

Claudete Teixeira Krause Closs

Departamento de Alergia - Imunologia

Tsukiyo Obu Kamoi

Departamento de Cardiologia

Nelson Itiro Miyague

Departamento de Dermatologia

Kerstin Taniguchi Abagge

Departamento de Endocrinologia

Geraldo Miranda Graça Filho

Departamento de Gastroenterologia

Sandra Lúcia Schuler

Departamento de Infectologia

Cristina Rodrigues da Cruz

Departamento de Nefrologia

Lucimary de Castro Sylvestre

Departamento de Neonatologia

Gislayne Castro e Souza de Nieto

Departamento de Neurologia Pediátrica

Alfredo Lohr Junior

Departamento de Pneumologia

Carlos Roberto Lebar Benchon Massignan

Departamento de Saúde Mental

Maria Lúcia Maranhão Bezerra

Departamento de Segurança da Criança e do Adolescente

Luci Yara Pfeiffer

Departamento de Suporte Nutricional

Vanessa Yumie Salomão W. Liberalesso

Departamento de Terapia Intensiva

Sandra Lange Zaponi Melek

Referência em Genética

Salmo Raskin

Referência em Hemato-Oncologia

Leniza Costa Lima

Referência em Oftalmologia

Ana Tereza Moreira

Referência em Ortopedia

Edilson Forlín

Referência em Otorrinolaringologia

Rodrigo Guimarães Pereira

Referência em Reumatologia

Margarida de Fátima Fernandes Carvalho

JORNAL PARANAENSE DE PEDIATRIA - ANO 10, NÚMERO 03, 2009.

O Jornal Paranaense de Pediatria é o órgão oficial da Sociedade Paranaense de Pediatria para publicações científicas.

Correspondência deve ser encaminhada para: SPP Rua Desembargador Vieira Cavalcanti, 550 80.510-090 Curitiba - PR

Tiragem: 2.000 exemplares

Sociedade Paranaense de Pediatria - Rua Des.Vieira Cavalcanti, 550 Telefone: 41 3223-2570 Fax: 41 3324-7874 Curitiba-PR

Http://www.spp.org.br e-mail: sppediatria@hotmail.com

Projeto gráfico, diagramação e editoração: Fidellize Marketing Ltda. Tel/fax: 41 3339-3422 www.fidellize.com.br Curitiba-PR



EDITORIAL

Caros leitores

É de grande importância científica para a pediatria do estado do Paraná o fato de este exemplar do Jornal Paranaense de Pediatria ser dedicado exclusivamente ao conteúdo do XII Congresso Paranaense de Pediatria e XXXIV Encontro Paranaense de Pediatria. É um evento que tem como tema central a pediatria de consultório e puericultura. Vemos aqui publicada a programação científica do evento e os resumos dos trabalhos científicos que serão apresentados nas sessões de Temas Livres. Boa parte da produção científica em pediatria realizada em nosso estado no biênio 2008-2009 será apresentada neste congresso. Queremos parabenizar e também agradecer o esforço dos pesquisadores, jovens ou experientes, que enriquecem cientificamente nosso congresso de pediatria e o conteúdo desta revista científica. Agradecemos também o valioso empenho dos palestrantes e conferencistas, que com generosidade e competência vêm atender nossa solicitação de expor os temas que cuidadosamente lhes solicitamos.

A presença de todos os congressistas e dos demais colaboradores é marcante para a Sociedade Paranaense de Pediatria. Esperamos que todos tenham a oportunidade de aproveitar este momento incorporando novos conhecimentos científicos e convivendo amistosamente com os amigos que estarão presentes.

Desejamos bons e proveitosos momentos para todos.

Aristides Schier da Cruz

Presidente da Sociedade Paranaense de Pediatria

APOIO

Nestlé Nutrition
GlaxoSmithKline
Wyeth Vacinas
Genzyme do Brasil

Merck Sharp & Dohme
Hospital Vita
Livreria do Isidoro
Alda Jóias

XII CONGRESSO PARANAENSE DE PEDIATRIA

Curitiba, 12 a 14 de Novembro de 2009

XXXIV Encontro Paranaense de Pediatria

Tema Central: O Pediatra no Consultório e Puericultura

12 de Novembro – Quinta-feira

08:30h	Abertura	Boas Vindas
		Entrega dos prêmios “Jovem Pesquisador”
09:00h	Mini-Conferência	Alimentação no 1º. ano de vida e prevenção de deficiências de minerais e vitaminas <i>Dr. Aristides Schier da Cruz</i> Presidente: <i>Dra. Claudete Closs</i>
09:20h	Conferência	Como aumentar a densidade mineral óssea de crianças e adolescentes <i>Dra. Deisi Maria Vargas (SC)</i> Presidente: <i>Dr. Alessio Fiori Sandri Junior</i>
10:00h		Sessão de Temas Livres - Poster
10:40h	Mesa Redonda	A criança que não cresce Moderador: <i>Dr. Fabiano Sandrini</i> Na visão do nutrologista <i>Dra. Vanessa Liberalesco</i> Quando encaminhar para o endocrinologista <i>Dr. Geraldo Miranda Graça Fº</i>
11:40h	Palestra	Doença de Fabry <i>Dr. Paulo Aranda</i>
12:00h	Simpósio	Simpósio Satélite Genzyme: “Doença de Gaucher” <i>Dra. Mara Albonei D Pianovski</i>
13:30h		Sessão de Temas Livres - (Mini-Auditório) 10 trabalhos de apresentação oral
14:00h	Mini-Conferência	Situações de emergência no consultório: como estar preparado <i>Dra. Sandra Lange Zaponi Melek</i> Presidente: <i>Dr. Gilberto Pascolat</i>
14:20h	Conferência	Vacinas básicas e complementares <i>Dra. Andrea Maciel O. Rossioni</i> Presidente: <i>Dra. Cristina Rodrigues da Cruz</i>
14:50h	Mini-Conferência	Experiência da Gripe A H1N1 V <i>Dra. Marion Burger</i> Presidente: <i>Dr. José Francisco Klass</i>
15:10h	Mini-Conferência	Prevenção de processos éticos <i>Dr. Donizetti Giamberardino Fº</i> Presidente: <i>Dr. José Carlos Michels de Oliveira</i>
15:30h	Intervalo	
16:00h	Simpósio	Simpósio Satélite Wyeth: “Mitos e verdades sobre as vacinas pneumocócicas conjugadas” <i>Dra. Jéssica Presa</i>
17:00h	Mesa Redonda	Infecções de repetição Moderador: <i>Tony Tahan</i> Imunodeficiência <i>Dra. Loreni Kovaliuik</i> Causa Ambiental <i>Dr. Victor Horácio da Costa Jr.</i>
20:30h	Academia Paranaense de Pediatria	Fórum: “Obesidade na Infância” 1. Mudanças de hábitos alimentares – 1950-2009 <i>Dr. Carlos Roberto Antunes dos Santos</i> 2. Alterações devidas à obesidade <i>Dra. Rosana Marques Pereira</i> 3. Prevenção e tratamento da obesidade <i>Maria Arlene M. Schimith Escrivão (SP)</i>

13 de Novembro – Sexta-feira

08:00h Conferência	Desenvolvimento neuropsicomotor: instrumentos de triagem <i>Dr. Ricardo Halpem (RS)</i> <i>Presidente: Dr. Sérgio Antonio Antoniuk</i>
09:00h Conferência	Transtornos de comportamento: classificação e abordagem <i>Dr. Ricardo Halpem (RS)</i> <i>Presidente: Dr. Alfredo Löhr</i>
10:00h	Sessão de Temas Livres - Poster
10:40h Mesa Redonda	Alergias na criança Moderador: Dr. Dorivam Nogueira Dermatites <i>Dra. Kerstin Taniguchi Abagge</i> Tosse e sibilância <i>Dr. Carlos R. L. Massignan</i> Rinite alérgica <i>Dra. Adriana V. Schimit</i>
12:00h Mini-Simpósio	Simpósio Satélite: GSK Vacina pneumocócica 10 valente conjugada
13:30h	Sessão de Temas Livres (Mini-Auditório) 10 trabalhos de apresentação oral
14:00h Conferência	Segmento do recém-nascido de risco <i>Dr. Antônio Carlos Bagatim</i> <i>Presidente: Dra. Regina P. G. V. Cavalcante da Silva</i>
14:30h Mesa redonda	Consulta da gestante com o pediatra no período pré-natal <i>Moderadora: Dra. Eliana K. Branco</i> Orientações gerais <i>Dra. Cristina T. Okamoto</i> Problemas nefro-urinários <i>Dr. Daltro Zunino</i> Problemas cardiológicos <i>Dr. Nelson Miyague</i>
15:30h Intervalo	
16:00h Simpósio	Simpósio Satélite: Merck Sharp & Dohme Asma / Alergia - Consenso - PRACTALL <i>Dr. Nelson Rosário</i> Vacina Rotavírus Pentavalente <i>Dra. Marion Burger</i>
17:00h Conferência	Marcas da violência <i>Dra. Luci Pfeiffer</i> <i>Presidente: Promotor Alberto Vellozo Mchado</i>
17:30h Conferência	Particularidades da consulta com o adolescente <i>Dra. Beatriz E. B. V. Bermudez</i> <i>Presidente: Dra. Darci Vieira da Silva Bonetto</i>

14 de Novembro – Sábado

08:00h Mesa Redonda	Queixas clínicas do lactente <i>Moderador: Dr. Aristides Schier da Cruz</i> Intolerância alimentar <i>Dr. Aristides Schier da Cruz</i> Sono ruim <i>Dra. Maria Julia Bugallo</i> Regurgitação <i>Dra. Adriane Celli</i> Constipação <i>Dra. Sandra L. Schuler</i> Cólica <i>Dr. Mitsuru Miyaki</i>
10:00h Intervalo	
10:20h Conferência	“O consultório economicamente viável” <i>Dr. Milton Macedo de Jesus</i> <i>Presidente: Dr. Armando Salvatierra</i>
10:40h Mesa Redonda	Influência do vínculo conjugal dos pais e composição familiar na saúde da criança <i>Moderador: Luiz Ernesto Pujol</i> Na visão do Pediatra <i>Dra. Jussara Varassim</i> Na visão do Psiquiatra <i>Dra. Maria Lucia M. Bezerra</i>
12:00h FIM	Encerramento e premiação dos trabalhos

RESUMOS - APRESENTAÇÃO DE PÔSTERES - 12/11/2009 - QUINTA-FEIRA

ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA

Caroline Walger da Fonseca, Eduardo Maranhão Gubert, Luana Longen Petermann, *Monica Olímpia Dall'Óglio Poletti*, Michelle Stoppa Castro, Vitor Costa Palazzo.

Universidade Positivo – Curitiba - PR

Introdução: A alergia alimentar pode ser definida como resposta imunológica aos alérgenos alimentares, tendo como sinônimo hipersensibilidade alimentar. O principal alimento envolvido nos casos de hipersensibilidade alimentar em crianças até três anos é o leite de vaca. Isso ocorre devido ao ainda baixo número de crianças em aleitamento materno exclusivo até os seis meses, o que leva a precoce introdução de outros tipos de leite, sendo o leite de vaca o mais comumente utilizado. O quadro clínico presente na alergia à proteína do leite de vaca é bem variado, podendo apresentar os seguintes sinais e sintomas: prurido, urticária, vômito, náusea, dor abdominal, constipação intestinal, refluxo gastroesofágico, má absorção manifestando-se como diarreia ou retardo do crescimento, colite alérgica, gastrite, angioedema, broncoespasmo, manifestações cardiovasculares e até choque anafilático. O diagnóstico deve ser realizado de forma cautelosa, visto que o leite de vaca é uma importante fonte de nutrientes para os lactentes que não estão em aleitamento materno. Teoricamente é feito através das manifestações clínicas acompanhado do teste de provocação oral duplo-cego placebo controlado, o qual é considerado padrão ouro para o diagnóstico de alergias alimentares, porém este é de difícil execução em crianças de baixa idade, apresenta alto custo, além de maior tempo necessário para sua execução e possibilidade de reações graves. O tratamento consiste na exclusão alimentar de qualquer fonte desse alimento, no caso leite e derivados. A melhor alternativa é o aleitamento materno com a retirada do leite de vaca da dieta materna. Nos casos em que essa alternativa não é viável, recomenda-se a utilização de fórmulas hipoalergênicas. **Objetivo e método:** Utilizar o caso clínico de um paciente com alergia à proteína do leite de vaca para realizar a revisão bibliográfica da doença, focando no diagnóstico, além de discorrer sobre o correto tratamento e acompanhamento da doença. I.J.S.A., masculino, quatro meses. Paciente internado em fevereiro de 2009, com história de surgimento de lesões em face, tronco e membros. Terapia instituída com oxacilina durante 05 dias e substituída por cefalexina. Outros medicamentos como: hidroxizina, paracetamol, prednisolona via oral e ácidos graxos essenciais topicamente após o banho. Substituído o leite de vaca por dieta (leite) semi-elementar e hipoalergênica, à base de proteína hidrolisada (Pregomin®). Alta no sexto dia com orientações. **Resultados:** os dados como faixa etária, sintomatologia e tratamento foram condizentes com a literatura. Apenas o diagnóstico não foi feito através dos testes preconizados pela literatura, porém a mesma cita a dificuldade dos testes, quanto a custo e risco de desencadear reações adversas. **Conclusão:** a alergia alimentar é uma patologia presente na prática clínica diária e que deve ser lembrada frente a uma criança com sintomatologia respiratória, gastrintestinal e principalmente dermatológica. Como o diagnóstico é difícil de ser confirmado por exames laboratoriais, o médico pediatra deve sempre realizar uma anamnese completa e exame físico adequado. Uma vez estabelecido o diagnóstico, o tratamento a ser realizado deve ser específico, usando fórmulas adequadas para a idade do paciente.

ANÁLISE DE 26 CASOS DE MENINGITE PNEUMOCÓCICA EM CRIANÇAS EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CURITIBA

Guilherme Massaaki Pianovski Kato, Luiza Eastwood Romagnolli, Luciana Vieira dos Santos, *Cristina Rodrigues da Cruz*.

Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (Curitiba-PR)

Introdução: O *Streptococcus pneumoniae* é responsável por um grande espectro de síndromes clínicas que vai desde otite média aguda até casos graves de meningite e sépsis. Entre as doenças pneumocócicas invasivas, a meningite pneumocócica causa especial preocupação devido à elevada morbidade e letalidade. **Objetivo:** analisar os casos de meningite pneumocócica em crianças hospitalizadas, avaliando características clínicas, fatores de risco, susceptibilidade antimicrobiana, evolução clínica e seqüelas. **Método:** estudo retrospectivo descritivo dos casos que ocorreram de janeiro de 1999 a agosto de 2008. **Critério de inclusão:** pacientes internados no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná com idade entre 0 a 14 anos que apresentaram teste do látex ou cultura positiva para *S. pneumoniae* de líquidos estéreis (hemocultura associada à alterações líquóricas ou cultura de líquido). Foram incluídos 26 pacientes no estudo. **Resultados:** A idade mediana foi de 9,57 meses, sendo 65% dos episódios em menores de 2 anos. Houve predomínio do sexo masculino (77%). Curitiba foi a principal cidade de procedência (58%), seguido pela região metropolitana (38%) e outras localidades (4%). Condições predisponentes para doença pneumocócica invasiva estavam presentes em 39% dos pacientes e as doenças do sistema nervoso central representaram a sua maior parte (60%). O tempo mediano de internamento foi de 14,5 dias, sendo necessários cuidados intensivos em 53% dos pacientes, com tempo mediano de internamento na UTI de 7 dias. Ventilação mecânica e oxigenoterapia foram necessárias em 10 (38,5%) pacientes. Observou-se que 12% (3/25) das cepas de pneumococo apresentavam resistência à penicilina. Complicações ocorreram em 15 (57,7%) crianças, destacando-se convulsões (48%), hipertensão craniana (16%) e infecções concomitantes (8%). Sequelas durante a internação ocorreram em 31,5% (6/19) das crianças, destacando-se paralisia cerebral e atraso do desenvolvimento psico-motor. A taxa de letalidade foi de 26,9% (7 óbitos). **Conclusão:** Este estudo destaca a importância do pneumococo como causador de meningites em crianças de baixa idade. Como observado na literatura e na análise destes casos é importante destacar que a bactéria é responsável por uma doença de grave evolução, com elevados índices de complicações durante o internamento, sequelas e letalidade. Assim sendo, a prevenção através de imunização é a estratégia indicada para reduzir as taxas de incidência de doença invasiva por este agente.

AVALIAÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS COM INFECÇÃO RESPIRATÓRIA AGUDA POR ADENOVÍRUS

Elenice Stroparo, Sonia Mara Raboni, Maria do Carmo Debur, Luciane Aparecida Pereira, Cristina Rodrigues da Cruz
Hospital de Clínicas - Universidade Federal do Paraná (Curitiba-PR)

Introdução: No Brasil, as Infecções Respiratórias Agudas (IRA) são as principais causas de mortalidade em crianças com menos de cinco anos de idade. Cerca de 4% destas infecções são devidas ao Adenovírus, considerado um dos principais agentes etiológicos virais detectados em pacientes com pneumopatias agudas graves, principalmente naqueles com co-morbidades. O Adenovírus frequentemente está associado a seqüelas tardias, como bronquiolite obliterante e bronquiectasia. Destes fatos decorre a importância em melhor discernir as características clínicas das infecções atribuíveis ao Adenovírus. **Objetivos:** avaliar as características clínico-epidemiológicas e laboratoriais de crianças hospitalizadas nas Unidades Pediátricas do Hospital de Clínicas da UFPR com diagnóstico confirmado de IRA por Adenovírus. **Método:** análise retrospectiva de prontuários médicos de crianças de zero a 14 anos, hospitalizadas por IRA entre os anos de 1993 a 2008, com resultado positivo para pesquisa de Adenovírus em aspirado de nasofaringe ou lavado broncoalveolar, pelo método de Imunofluorescência Indireta. As variáveis analisadas foram: demográficas, clínicas (sinais e sintomas presentes na internação), terapêuticas e evolutivas. **Resultados:** foram incluídos 77 pacientes sendo 50,6% do gênero feminino. A mediana de faixa etária foi de 8 meses (variando de 0 a 152 meses), com 89,6% dos casos em menores de 2 anos. Condições predisponentes ou co-morbidades estavam presentes em 55,8% dos casos, destacando prematuridade, cardiopatias, pneumopatias, neoplasias e síndrome de Down. Os sinais e sintomas predominantes foram: tosse (80,5%), febre (74%), sibilância (70,1%), taquidispnéia (67,5%), cianose (33,7%), vômitos (37,6%) e diarreia (15,5%). Os diagnósticos clínicos foram: broncopneumonia (57,1%), bronquiolite (23,4%) e traqueobronquite (19,5%). Apnéia ocorreu em 7 (9%) pacientes, 58,4% (43/77) necessitaram de cuidados intensivos e 39 destes foram submetidos à ventilação mecânica. Identificou-se co-infecções com outros vírus em 18 casos (23,4%), sendo Vírus Sincicial Respiratório em 7, Parainfluenza 3 em 7, Influenza em 3 e herpes simples em 1 paciente. Antibioticoterapia foi utilizada em 87% dos pacientes e oxigenioterapia em 94,8%. A mediana de tempo de internamento foi 9 dias, variando de 2 a 120 dias. A taxa de letalidade foi de 22% (17/77). **Conclusões:** o estudo demonstra a gravidade da infecção pelo Adenovírus, especialmente em crianças com idade inferior a 2 anos e naquelas com co-morbidades. A identificação laboratorial do vírus, especialmente em crianças com essas características, torna-se importante para a elaboração de estratégias terapêuticas.

AVALIAÇÃO DO PROGNÓSTICO EM PACIENTES VÍTIMAS DE AFOGAMENTO

Janaína Carneiro Bueno Basílio, Tania Miguel Bendlin, Alessandra Guimarães, Monique Ramalho Marinho, Taiane Belinati Loureiro

Universidade Positivo – Curitiba - PR

Introdução: O afogamento é considerado trauma pela Organização Mundial de Saúde, sendo no Brasil a segunda causa de morte e a oitava em hospitalizações em crianças de 5 a 14 anos de idade, devendo ser reconhecido como um problema de saúde pública com importantes e eficazes medidas para prevenção. **Objetivo:** Relatar um caso de afogamento com evolução favorável, com ênfase no prognóstico dos pacientes vítimas de submersão a partir da classificação no local do acidente. **Pacientes e Material:** J.V.M.C., masculino, 5 anos. Deu entrada no hospital por afogamento. O pai relata que a criança ficou submersa por aproximadamente 1'30". Ao ser retirado da piscina encontrava-se inconsciente e cianótico. A conduta iniciada no local foi a manobra de ressuscitação. Após quatro ciclos de reanimação cardiopulmonar, a criança apresentou movimentos respiratórios espontâneos e vômitos. Chegou ao pronto-socorro taquipnéica e sonolenta. Foram solicitados radiografia de tórax e tomografia de crânio, ambos sem alteração, então deu entrada na UTI pediátrica para monitorização. Permaneceu sonolento e pouco reativo a estímulos. Ao exame físico: taquicárdico, taquipnéico, afebril, ausculta cardíaca inalterada, ausculta pulmonar com murmúrio vesicular bilateral presente e roncocalcos difusos, extremidades aquecidas com boa perfusão, pupilas isocóricas, reflexo fotomotor bilateral presente. Escala de coma de Glasgow (ECG)=15. Escala de Trauma=12. Evoluiu sem intercorrências com alta hospitalar após 3 dias de observação. **Conclusão:** De acordo com a ACLS/ILCOR, esse paciente é um afogado grau V. Foi realizada uma abordagem inicial adequada, a qual é necessária para o sucesso das manobras de ressuscitação e do tratamento hospitalar, que visa evitar lesão secundária por injúria hipóxica-isquêmica. Variáveis como idade, tempo de submersão, temperatura da água, temperatura do paciente, sinais e sintomas apresentados no local do acidente, ECG, alterações na tomografia de crânio são empregadas para prever o prognóstico dos pacientes vítimas de afogamento. Após o estudo do tema, o tempo de submersão juntamente com o score da ECG, dentre os citados, são os que melhor predizem a evolução neurológica do paciente.

CISTO BRONCOGÊNICO INTRAPULMONAR – RELATO DE CASO

Caroline Walger da Fonseca, Luana Longen Petermann, Michelle Stoppa Castro, Monica Olímpia Dall'oglio Poletti, Vítor Costa Palazzo

HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE – CURITIBA - PR

Introdução: O cisto bronco-gênico é uma lesão congênita do pulmão que ocorre devido a um desenvolvimento anormal da árvore traqueobrônquica. É uma malformação congênita rara, apresentando incidência, que variou em dois estudos, de 1 caso em 42.000 e 1 caso em 68.000 admissões hospitalares. Pode ser mediastinal ou intrapulmonar (1/3 dos casos). **Objetivo:** Apresentar, analisar e discutir quadro clínico e conduta estabelecida em paciente com cisto bronco-gênico. **Método:** Relato do caso e comparação com a literatura. **Resultado:** Masculino, 1 ano e 5 meses, procedente de aldeia indígena, quadro clínico de febre, tosse produtiva de escarro esbranquiçado com estrias de sangue, dispnéia, gemência e sudorese com 30 dias de evolução. História pregressa de 2 internamentos por pneumonia. Informante relatava vacinação completa e desconhecia de casos de Tuberculose (TB) na aldeia. Raio-X de tórax demonstrou massa radiopaca no terço médio do campo pleuropulmonar direito. Solicitado TC de tórax, PPD, não reator, e lavado gástrico para pesquisa de BAAR, o qual foi negativo. TC de tórax demonstrou consolidação alveolar com áreas de necrose pulmonar, opacidades nodulares e cavitações no LSD. Área cística com 5,2/4,7cm no LSD com nível líquido no seu interior. Linfonodomegalia retrocava com 1,8/1,4cm. Realizado lobectomia de lobo superior direito e retirado

linfonodo retrocava. Exame anatomopatológico confirmou cisto broncogênico e PCR foi negativo para TB. De acordo com a literatura, a maioria dos pacientes com cisto broncogênico apresenta-se de maneira sintomática, sendo assim, o quadro apresentado pelo paciente foi condizente. Raio-X de tórax e TC são citados como os exames de imagem mais úteis no diagnóstico. Desta forma, a indicação de tais exames foi adequada. Segundo Venkateswaran et al., quadro clínico de tosse, dispnéia e história de exposição à TB é um indicador, com significância estatística, desta doença. A doença deve ser suspeitada em crianças com massa no mediastino, mesmo que apresentem teste cutâneo negativo e que não tenham história de exposição à ela. Baseando-se neste autor e no II Consenso Brasileiro de Tuberculose, a investigação de TB foi correta. A literatura recomenda para cistos intrapulmonares e pacientes com lesões associadas ao cisto a realização de antibioticoterapia, seguida de lobectomia. Considerando estes dados, a conduta adotada foi adequada. Conclusão: Através deste relato de caso, pode-se concluir que apesar do cisto broncogênico ser uma malformação congênita pouco freqüente, deve ser considerado como uma hipótese diagnóstica frente a quadros de infecções respiratórias de repetição; o diagnóstico precoce possibilita a intervenção cirúrgica, evitando-se complicações como as desenvolvidas no paciente descrito.

COMPARAÇÃO ENTRE A EFICÁCIA DOS DIFERENTES TIPOS DE SURFACTANTE NO TRATAMENTO DE RECEM NASCIDOS PREMATUROS COM SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO

Erika Mamy Takemura Sasaki, *Andréia Ceccatto*, Fábio Augusto Zama Cavalheiro, Meyre Sato, Marcela Liboa Kaminski

Universidade Positivo – Curitiba – PR

Aproximadamente 0,5% a 1% dos nascidos vivos nos serviços de neonatologia apresentam a síndrome do desconforto respiratório (SDR), também conhecida como doença da membrana hialina. A SDR se caracteriza por insuficiência respiratória grave de início precoce, logo após o nascimento ou nas primeiras horas de vida, com aumento progressivo, podendo levar a óbito. Atualmente o uso de surfactante exógeno, tanto de origem natural quanto de origem sintética vem sendo uma prática comum nas unidades de terapia intensiva (UTI) neonatais, objetivando melhora na sobrevida desses recém nascidos (RN's) e diminuição do número de complicações, contribuindo assim para a redução significativa das taxas de mortalidade de RN's prematuros. Para a realização deste trabalho, serviram como base artigos, cujos objetivos eram comparativos da eficiência de surfactantes com diferentes origens, sejam de origem natural ou artificial. Quando se comparou o Lucinactante (surfactante sintético com adição de peptídeo que mimetiza a ação da proteína SP-B) com o surfactante natural, concluiu-se que são similares em termos de eficácia e segurança, porém, o Lucinactante traz potencial vantagem para a terapia, pois não traz risco de imunogenicidade, transmissão de doenças, além de ser produzido em larga escala. Os estudos mostraram resultados similares entre o uso de surfactante porcino e bovino, não havendo diferenças clínicas significativas. Quanto à comparação entre surfactante sintético e natural, o surfactante natural apresentou melhores taxas de resposta, com melhora da troca gasosa se comparado com o surfactante sintético sem adição de peptídeo. Tendo em vista a alta freqüência da SDR nas UTI's neonatais, é importante o conhecimento da fisiopatologia desta doença, assim como, as possibilidades terapêuticas atualmente disponíveis. O surfactante é o tratamento de escolha e como existem vários tipos de surfactante é importante estarmos atualizados quanto aos seus benefícios clínicos, respeitando a nossa realidade socioeconômica. Com a realização desse estudo, concluímos que os surfactantes porcino e bovino, que são os mais utilizados nas nossas UTI's, não possuem diferenças clínicas significativas, ficando a critério de cada serviço a escolha do produto com melhor custo-benefício.

DOENÇA PNEUMOCÓCICA INVASIVA EM CRIANÇAS EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CURITIBA

Autores: Luiza Eastwood Romagnoli, Guilherme Massaaki Pianovski Kato, Luciana Vieira dos Santos, *Cristina Rodrigues da Cruz*
Hospital de Clínicas - Universidade Federal do Paraná (Curitiba-PR)

Introdução: A Organização Mundial da Saúde estima que ocorram anualmente no mundo entre 1 e 2 milhões de óbitos em crianças menores de cinco anos decorrentes de infecções pneumocócicas. Objetivos: analisar os casos de doença pneumocócica invasiva (DPI) em crianças hospitalizadas, avaliando características epidemiológicas, clínicas, condições associadas, susceptibilidade antimicrobiana, evolução clínica e seqüelas. Método: estudo retrospectivo descritivo com análise de prontuários de 83 casos de DPI que ocorreram em crianças de 0 a 14 anos, no período de janeiro de 1999 a agosto de 2008, no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Como critério de inclusão, utilizou-se a cultura e/ou látex positivo para *Streptococcus pneumoniae* de líquidos estéreis (sangue, líquido, líquido pleural ou sinovial e material de biópsia). Resultados: A mediana de idade dos pacientes foi de 16,8 meses, sendo que 38,5% dos episódios ocorreram em menores de um ano; 20,5% entre um e dois anos de idade; 16,9% entre dois e cinco anos; e 24,1% em maiores de cinco anos. 49,4% eram procedentes de Curitiba e 37,3% da Região Metropolitana; 56,7% eram do gênero masculino e 95,1% caucasianos. As apresentações clínicas mais comuns foram pneumonia (55,4%) e meningite (31,3%), além de bacteremia (9,6%), peritonite (2,4%) e osteomielite (1,2%). Uma ou mais condições associadas ou co-morbidades estavam presentes em 42,2% dos pacientes, sendo as mais comuns: prematuridade (8,6%), doença pulmonar crônica (8,4%), doença hematológico-oncológica (7,2%), doença do sistema nervoso central (6%), cardiopatia congênita (3,6%), doença hepática crônica, doença endocrinológica, síndrome de Down e HIV (2,4% cada). Foram necessários cuidados intensivos em 32,5% dos casos; 65% fizeram uso de oxigenioterapia e 20,4% necessitaram de ventilação mecânica. Observou-se que 17,7% das cepas de pneumococo apresentavam resistência intermediária à penicilina e houve apenas um caso de resistência plena à mesma. Foram relatadas 50 complicações que ocorreram em 33 pacientes (39,7% da amostra), sendo mais freqüentes as complicações neurológicas (17/33; 51,5%), infecciosas (6/33; 18,1%); hematológicas (6/33; 18,1%); respiratórias (5/33; 15,1%); e metabólicas (5/33; 15,1%). Durante o internamento, ocorreram seqüelas em 7,2% (6/83) das crianças, principalmente neurológicas, e a taxa de letalidade foi de 12% (10/83). Conclusões: Este estudo destaca a importância do pneumococo como causador de doenças graves em crianças de baixa idade e naquelas com co-morbidades. Assim sendo, a prevenção através de imunização é a estratégia indicada para reduzir as taxas de incidência de doença invasiva por este agente.

ENDOCARDITE INFECCIOSA NEONATAL – UM RELATO DE CASO

Alessandra Guimarães, Monique Ramalho Marinho, Tania Miguel Bendlin, Janaína Carneiro Bueno Basílio, André Luis David, Taiane Belinati Loureiro, Odírlei João Titon

UNIVERSIDADE POSITIVO – Curitiba - PR

Introdução: A endocardite infecciosa (EI), relativamente rara na faixa pediátrica, parece estar aumentando a incidência nos últimos anos, além de uma mudança no perfil epidemiológico, devido ao aumento da taxa de sobrevivência das crianças com cardiopatias congênita, recém nascidos (RN), crianças sob cuidados intensivos e necessidade de procedimentos invasivos, como cateter, central, sendo este último a principal causa de EI em neonatos. Os agentes etiológicos mais comuns neste caso são *S. aureus* e *S. coagulase-negativo*. Ainda no caso de RN, *Candida*, *Klebsiella* e *Enterobacter*. O quadro clínico em neonato é variável e inespecífico, podendo ser indistinguível de septicemia e ICC. Portanto, a suspeita clínica juntamente com o ecocardiograma são os melhores preditivos para o diagnóstico da doença. O tratamento pode ser clínico por tempo prolongado ou cirúrgico, em casos de vegetações grandes e móveis, ICC refratária, lesão valvar moderada/grave e EI fúngica. Alta taxa de complicação por eventos embólicos, com mortalidade em torno de 5-10%. **Objetivo:** Relatar um caso de EI neonatal. **Pacientes e material:** H.N.D.S, masculino, 1 mês e 27 dias de idade, nascido com 34 semanas, evoluiu com distress respiratório, necessitando de cuidados intensivos e cateterização umbilical. Evoluiu com septicemia por *K. pneumoniae*. Alta no 20º dia. Posteriormente iniciou quadro de febre baixa mantida por 1 mês, evoluindo subitamente com piora do quadro geral. Necessitou de 2º internamento, observando-se anemia e plaquetopenia acentuadas, leucocitose com granulações tóxicas, hemocultura positiva para *K. pneumoniae* e ao ecocardiograma vegetação em folheto subvalvar tricúspide. Apesar do tratamento clínico, houve crescimento e mobilidade progressivos da vegetação, necessitando de intervenção cirúrgica. Evoluiu satisfatoriamente, recebendo alta hospitalar. **Conclusão:** A EI é incomum em neonatos devendo-se suspeitar sempre que houver febre de origem indeterminada, recorrente e presença de fatores como prematuridade, cateter vascular, sepse, surgimento ou mudança de sopro cardíaco. O diagnóstico deve ser precoce visando a rápida decisão sobre o tratamento, a fim de evitar possíveis complicações.

EVOLUÇÃO FULMINANTE DE ONFALITE – UM RELATO DE CASO

Tania Miguel Bendlin, Monique Ramalho Marinho, Alessandra Guimarães, Janaína Carneiro Bueno Basílio, Taiane Belinati Loureiro

UNIVERSIDADE POSITIVO – Curitiba - PR

Introdução: A Onfalite é uma patologia de baixa incidência e mortalidade. Apresenta como principais fatores de risco ruptura prematura de membranas, prematuridade, baixo peso ao nascer, parto séptico e trabalho de parto prolongado. Manifesta-se geralmente na primeira semana de vida, sendo o diagnóstico clínico e confirmado por cultura. Os agentes etiológicos mais frequentes são *Staphylococcus aureus* e epidermides, *Enterococcus spp*, *Streptococcus pneumoniae* e do grupo B, *Escherichia coli*, *Pseudomonas* e *Proteus*. O tratamento inclui antibioticoterapia sistêmica endovenosa de amplo espectro como ampicilina e gentamicina e medidas de suporte. Pode evoluir com complicações peritoneais, hepáticas, fúncite necrozante e sepse, as quais são predominantemente em decorrência de infecção polimicrobiana. Nestas situações deve-se administrar aminoglicosídeo e vancomicina empiricamente ou antibiótico específico para o agente acusado na cultura. **Objetivo:** Avaliar o caso de onfalite que apresentou evolução clínica súbita e fulminante. **Pacientes e material:** D.S., masculino, 7 dias de vida, nascido com 38 semanas, em boas condições de parto, sem sinais de infecção. Retorna ao hospital com quadro inflamatório em região umbilical. Apresentava-se em bom estado geral, afebril e com sinais flogísticos em hipogástrio. Iniciado ampicilina e gentamicina e solicitado cultura. Em menos de 12 horas de evolução encontrava-se com abdômen distendido e doloroso, necrose periumbilical e em acidose metabólica. Encaminhado a UTI e iniciado oxacilina e amicacina. Evoluiu com convulsões e respiração tipo gasping. Aproximadamente 8 horas após a admissão na UTI apresentava-se taquicárdico, com midríase pupilar, anúrico e em anasarca, evoluindo com óbito. Hemocultura positiva para *Staphylococcus epidermidis*, *Klebsiella pneumoniae* e *Enterococcus faecalis*. **Conclusão:** Apesar de cursar com um quadro clínico de fácil diagnóstico, este deve ser precoce, visando a rápida decisão sobre o tratamento, a fim de evitar possíveis complicações. Quando instalada uma complicação, como a fúncite necrozante relatada no caso acima, a evolução é rápida e com o prognóstico ruim.

FIBRODISPLASIA OSSIFICANTE PROGRESSIVA: RELATO DE CASO

Milena Lima de Sá, Cristina Alves Cardozo

Instituição: Universidade Positivo (UP)

Introdução: Fibrodisplasia ossificante progressiva (FOP) é uma doença rara, autossômica dominante, caracterizada por ossificação ectópica e alterações congênitas dos haluces. Menos de 1000 casos foram descritos no mundo. Sua incidência mundial é de 1 para 2 milhões de indivíduos, com uma prevalência de 0,61 caso por milhão de habitante. Não parece existir predileção por sexo, étnica ou predileção geográfica. A deformidade mais característica desta doença e que sempre deverá suscitar a hipótese diagnóstica é o encurtamento bilateral com valgismo dos primeiros pododáctilos (relatado em 79% a 100% dos pacientes). Caracteristicamente os olhos, coração, diafragma, músculos esfíntéricos e músculos lisos viscerais são poupados. Apesar das inúmeras alterações esqueléticas, os pacientes são intelectual e fisicamente normais. A fisiopatologia é pouco conhecida, todavia, sabe-se que a expressão aumentada da proteína morfogenética do osso 4 (BMP 4) é responsável pelas ossificações. O quadro clínico da FOP ocorre em agudizações caracterizadas por edema e massas dolorosas que aparecem espontaneamente ou após um trauma de diversos tipos: quedas, cirurgias, biópsias, injeções intramusculares e várias doenças virais. As agudizações levam à neoformação óssea nas áreas afetadas. O osso neoformado causa imobilização do paciente.

O diagnóstico da FOP é exclusivamente clínico e baseado na presença de três critérios maiores, são eles: a) anomalias esqueléticas, principalmente hallux valgus congênito; b) ossificação endocondral heterotópica; e c) progressão da doença em padrões anatómicos e temporais bem definidos. Até o momento nenhum tratamento é efetivo. Objetivamos relatar um caso de fibrodisplasia ossificante progressiva, uma doença rara com aspectos fisiopatológicos e terapêuticos, além de realizar uma revisão de literatura, enfatizando o diagnóstico preciso e o quadro clínico.

NSS, 11 anos e 2 meses, masculino, natural de Japurá -PR, filho único de pais não consanguíneos. Foi atendido em 28/05/2009 no ambulatório de Ortopedia do Hospital Pequeno Príncipe de Curitiba-PR, referindo perda progressiva da função do membro inferior esquerdo há um ano. A rigidez da perna foi precedida por dor e edema, após brincar na cama elástica. Desde então o paciente apresenta marcha claudicante e dificuldade para sentar. Foi saudável até os dois anos quando perdeu a mobilidade do braço esquerdo. Através dos achados clínicos e radiográficos firmamos o diagnóstico de FOP.

Os pediatras devem estar cientes das características da fibrodysplasia ossificante progressiva para a elaboração do diagnóstico precoce, mesmo antes do aparecimento de ossificação heterotópica. Esta consciência deve levar a instituição de medidas e precauções para evitar danos iatrogênicos.

HEMIHIPERTROFIA ISOLADA - RELATO DE CASO

Fernanda Matie Kinoshita Ueda Rocha, Mariana Digiovanni, Gilberto Pascolat, Maurício Marcondes Ribas
Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC) - Curitiba - PR

Introdução: Hemihipertrofia é caracterizada pelo crescimento assimétrico do crânio, face, tronco, membros e/ou dígitos, com ou sem envolvimento visceral. Pode ser um achado isolado em indivíduos normais, ou estar associada a algumas síndromes. **Relato de caso:** Feminino, 2 anos e 3 meses, atendida por quadro de infecção de vias aéreas superiores, foi notado ao exame, hemihipertrofia do hemicorpo direito. Sem história familiar. História de nascimento revela um recém nascido termo, 4680g, Apgar 9/10, hemihipertrofia. Desenvolvimento neuropsicomotor adequado para idade. Acompanha no ambulatório de ortopedia e aventa-se hipótese de realizar tratamento com epifisiodesse e tração. Exames recentes revelam: ecocardiograma normal, escanometria com diferença de comprimento de 2,91cm, Ultrassom de abdome normal, ressonância magnética de crânio com redução volumétrica do hemisfério cerebral esquerdo, sobretudo lobo temporal. **Discussão:** A hemihipertrofia isolada afeta 1:86.000 pessoas, a etiologia é desconhecida. Há várias teorias, incluindo anomalias vasculares ou do fluxo linfático, lesões do sistema nervoso, alterações endócrinas, anomalias cromossômicas e defeito no crescimento embriológico normal. A hemihipertrofia isolada aparece esporadicamente e não parece ser hereditária. Casos familiares têm sido relatados raramente. É classificada como congênita ou adquirida. A forma congênita pode ser total ou limitada, esta se subdivide em clássica, segmentar, facial ou cruzado. Também pode ser classificada como não síndrômica (isolada) ou síndrômica (parte de uma síndrome clínica). Este caso é classificado como hemihipertrofia congênita clássica e isolada. Diferente do caso relatado, a hemihipertrofia aparente é raro ao nascer, mas se torna evidente durante o crescimento subsequente quando estruturas anatômicas de um dos lados do corpo se tornam maiores. O risco de desenvolver tumores na hemihiperplasia isolada é de 5,9%. O tumor de Wilms foi visto mais comumente do mesmo lado da hemihipertrofia. A preocupação maior é a associação da hemihipertrofia com o desenvolvimento de tumores embrionários, e a realização freqüente de ultrassom abdominal, variando na literatura de trimestral até semestral ainda gera controvérsias sobre o seu real custo benefício. A máxima discrepância vista em diferentes idades em 95,5% da população foi aproximadamente 1,4% (0,4 cm no primeiro ano; 0,8 cm aos 10 anos; 1,1 cm após maturidade esquelética), definindo assimetria anormal como 5% ou mais de diferença no comprimento ou circunferência. O caso relatado superou a diferença de comprimento prevista na literatura atingindo 2,91cm de discrepância entre os membros. Como tratamento a epifisiodesse tem resultados satisfatórios na equalização dos membros em muitas crianças.

HUMANIZAÇÃO NO ALEITAMENTO MATERNO EM CURITIBA-PR: ATUALIZAÇÃO E REVISÃO

Caroline Fontana, Tatiane Migliorini, Andreia Buzzá, Elisa Pinhat, Cristina Cardoso
UNIVERSIDADE POSITIVO

Introdução: O aleitamento materno não é um fenômeno meramente biológico, mas um comportamento aprendido e transmitido socialmente. Numerosos fatores individuais, familiares, comunitários, econômicos e culturais influenciam o aleitamento materno e podem determinar sua interrupção. Além dos benefícios fisiológicos, também contribui para o vínculo afetivo entre mãe e filho, diminuindo o número de abandonos de crianças. Em Curitiba- PR existem vários programas de incentivo a amamentação, como: Programa de Aleitamento Materno (PROAMA), Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), Mama Nenê e Método Mãe Canguru (MMC). **OBJETIVO:** Atualizar o conhecimento sobre os programas de humanização em aleitamento materno em Curitiba-PR. **MÉTODO:** Revisão Bibliográfica. **DISCUSSÃO:** O PROAMA é um serviço de orientação às mães sobre amamentação e esclarecimento de dúvidas com o intuito de diminuir as possíveis dificuldades. O objetivo é promover, apoiar e incentivar o aleitamento materno, através de uma comunicação eficiente, seja ela direta (consultas) ou indireta (telefone), buscando o fortalecimento do vínculo entre mãe-filho, bem como entre os serviços de saúde e seus usuários. A IHAC foi idealizada pela OMS/UNICEF com o intuito de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. Em 1992, o Programa foi implementado no Brasil com o objetivo de mobilizar os funcionários dos estabelecimentos de saúde, principalmente maternidades, para que mudem condutas e rotinas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce. Para isso, foram estabelecidos os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno. Hoje existem 337 hospitais credenciados e estudos mostram o impacto e a eficiência do programa. O Programa Mama Nenê é uma parceria entre a Secretaria Municipal da Educação e de Saúde de Curitiba para intensificar o incentivo à amamentação nas creches. O programa ensina as mães como esterilizar vidros para utilizá-los como recipientes, a correta retirada do leite, período de validade e armazenamento do leite, assim como congelamento-descongelamento do mesmo para utilização. O MMC é uma alternativa ao cuidado neonatal convencional para bebês de baixo peso ao nascer. Foi implantado no ano 2000, propondo a aplicação do método em três etapas, iniciando nas unidades neonatais (unidades de terapia intensiva neonatal e unidades de cuidados intermediários), passando às unidades canguru e, após a alta hospitalar, nos ambulatórios de seguimento. **CONCLUSÃO:** Os programas de humanização têm colaborado com a adesão ao aleitamento materno, o que tem auxiliado à sociedade como um todo através da diminuição da morbi-mortalidade, resgate dos vínculos familiares, diminuição do risco de maus tratos, diminuição do risco de síndrome da morte súbita, bem como maior credibilidade nos serviços de saúde.

ICTERICIA POR INCOMPATIBILIDADE ABO – PREVENÇÃO E MANEJO DO RECÉM-NASCIDO DE RISCO PARA DESENVOLVIMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA NEONATAL - KERNICTERUS

Márcia Cibele Haag, Maria Gabriela de Aguiar Moreira Garbelini, Juliana Olavo Pereira, Carlos Oldenburg Neto
Universidade Positivo – Curitiba - PR

Introdução: Embora existam poucos estudos sobre a incidência de encefalopatia bilirrubínica sabe-se que casos continuam ocorrendo e pacientes acometidos por esse evento tendem a evoluir com seqüelas neurológicas graves, sendo o aumento da bilirrubina um dos problemas mais comuns entre os recém-nascidos. A hiperbilirrubinemia é caracterizada pela coloração amarelada da pele clinicamente manifesta quando os níveis superam 5mg/dl a 7mg/dl. Embora geralmente se apresente de forma benigna, ela pode ser excessivamente elevada, cursando com lesões ao sistema nervoso central, na qual ocorre depósito da fração indireta nos gânglios da base, configurando um quadro de extrema gravidade denominado encefalopatia bilirrubínica ou Kernicterus. **Objetivos:** Apresentar o caso de um RN que desenvolveu icterícia neonatal grave por incompatibilidade ABO, enfatizando a prevenção e manejo de recém-nascidos que apresentam hiperbilirrubinemia neonatal, a fim de evitar o desenvolvimento da encefalopatia bilirrubínica. **Relato de Caso:** RN de C.A., feminino, parto a termo, gestação sem intercorrências. Apresentou bossa discreta e impregnação meconial, sem comprometimento do estado geral. Com 21h de vida, cursou com icterícia progressiva, chegando a apresentar bilirrubina total de 23,93mg/dl (predomínio da fração indireta) e icterícia zona V de Kramer. Foi transferida para a UTI, foi submetida à fototerapia por 6 dias, sem necessidade de exsanguineotransfusão. Evoluiu com melhora do quadro geral e curva ponderal ascendente, recebendo alta após 7 dias, com normalização do quadro clínico e laboratorial. **Discussão:** Não foi verificada relação com alguns fatores de risco descritos pela literatura, como etnia asiática, história familiar, idade materna, idade gestacional, peso ao nascimento ou sexo masculino, entretanto, estavam presentes outros fatores envolvidos na gênese da doença como tipagem sanguínea materna O e fetal B, presença de bossa e impregnação meconial ao nascimento. Como sugerido pela literatura, foi feito o teste cutâneo (bilicheck) após a suspeita de icterícia precoce e a alteração foi confirmada pela dosagem do nível sérico de bilirrubina. A investigação foi iniciada como recomendado e foi verificado a presença de incompatibilidade ABO, tanto o coombs direto quanto o indireto foram negativos. O tratamento sugerido pela literatura foi iniciado precocemente, com o intuito de evitar complicações da doença, em especial a encefalopatia.

Conclusão: A hiperbilirrubinemia neonatal é um problema bastante freqüente. Apesar de os estágios precoces e intermediários da encefalopatia bilirrubínica aguda poderem ser revertidos com medidas imediatas é necessário que os profissionais da saúde saibam reconhecer e evitar os fatores de risco pré-natais, perinatais e pós-natais enfocando em uma abordagem preventiva, ágil segura e eficaz a fim de prevenir o kernicterus.

IDENTIFICAÇÃO DE ALTERAÇÕES GENÉTICAS NA LEUCEMIA LINFÓIDE AGUDA EM CRIANÇAS POR MÉTODOS DE CITOGENÉTICA MOLECULAR

Liana Alves de Oliveira, Sérgio Luiz Bach, Marcelo Ricardo Vicari, Tamara Borgonovo, Valderez Ravaglio Jamur, Ana Teresa Schmid-Braz, Lismeri Wuicik Mersorte, Edna Kakitani Carboni, Flora Metie Watanabe, Iglenir João Cavalli, Eurípedes Ferreira, Roberto Rosati

Complexo Pequeno Príncipe (FPP, HPP, IPPPP), Av. Silva Jardim 1632, 80250-200 Curitiba (PR)

Laboratório de Citogenética, Hospital das Clínicas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba (PR)

Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Biológicas, Departamento de Genética, Curitiba (PR).

Universidade Estadual de Ponta Grossa, Setor de Ciências Biológicas e da Saúde/Debiogem, Ponta Grossa (PR)

Introdução: As alterações genéticas recorrentes na leucemia linfóide aguda (LLA) constituem marcadores prognósticos importantes que podem auxiliar o médico na escolha da melhor conduta terapêutica e indicação ou não de transplante de medula óssea. Enquanto alterações do gene MLL e a translocação t(9;22)(q34;q11)-BCR/ABL indicam prognóstico desfavorável, com possível indicação para TMO precoce, leucemias com translocação t(12;21)(p13;q22) e gene de fusão TEL-AML1 têm prognóstico favorável. A técnicas de hibridização in situ por fluorescência (FISH) aprimora a capacidade da citogenética clássica de detectar estas mutações e contribui para a definição do prognóstico da LLA. Infelizmente, por causa do alto custo da técnica, os testes de FISH não são ainda realizados de rotina no Brasil.

Objetivo: Aprimorar métodos “in-house” de citogenética molecular, para permitir o acesso do sistema de saúde a estas técnicas como auxílio ao médico no diagnóstico e prognóstico de leucemias.

Método: Toda a metodologia de FISH é avaliada (sondas, reagentes, metodologia de lavagem) para localizar pontos de possível aprimoramento da técnica em busca do melhor custo-benefício. Serão analisadas amostras de medula óssea de crianças com diagnóstico de LLA, comparando o poder de detecção da citogenética clássica, de kits de FISH comerciais e da nossa técnica de FISH na identificação de alterações do gene MLL e dos genes de fusão TEL/AML1 e BCR/ABL. Após aprimoramento das metodologias de FISH “in-house”, o projeto prevê a criação de material informativo para a difusão desta tecnologia.

Resultados: O projeto, ainda em desenvolvimento, está completando a fase de aprimoramento das técnicas “in-house”, obtendo bons sinais de FISH com sondas produzidas no laboratório. Está iniciando neste momento a fase de coleta e análise de amostras de pacientes do Hospital Pequeno Príncipe de Curitiba.

Conclusão: A difusão de técnicas “in-house” de detecção por FISH de alterações genéticas em leucemias ampliará o acesso do médico hematologista a esta importante fonte de dados prognósticos.

Este projeto se beneficia do apoio financeiro da Fundação Araucária.

INDICAÇÕES DE TRATAMENTO DA RETINOPATIA DA PREMATURIDADE

Ana Paula Minguetti Zanelato, André Luis David, Eduardo Gabriel Miranda Zocunelli, *Michelle Stoppa Castro*, Odírelei João Titon
Prof. Orientador Dr. Carlos Frederico Oldenburg Neto
Universidade Positivo – Curitiba PR

Introdução: A retinopatia da prematuridade (ROP) é um distúrbio retiniano vasoproliferativo, de etiologia multifatorial.¹ Os principais fatores de risco são a prematuridade, a imaturidade retiniana no momento do nascimento, hiperóxia, insuficiência respiratória, apnéia, bradicardia, persistência do canal arterial, septicemia, acidose, necessidade de transfusão sanguínea, hemorragia intraventricular, displasia broncopulmonar, hiper ou hipocapnia e exposição à luz intensa.¹⁻⁷⁻⁸ Objetivo: O objetivo deste estudo é descrever o caso clínico de um paciente com retinopatia da prematuridade e através de revisão bibliográfica, discutir as indicações de tratamento, com ênfase na intervenção precoce. Relato: RN com 23/24 semanas, PN 580g, Apgar 4/8 e Parkim < 27 semanas. Foi entubado na sala de parto, na UTI neonatal ficou em ventilação mecânica por 7 dias, 74 em CPAP e mais 40 recebendo oxigênio na incubadora. Apresentou 2 episódios de sepse. Com 25 dias de vida foi diagnosticado PCA. Necessitou de transfusão sanguínea 13 vezes. Com 27/28 semanas foi iniciada avaliação oftalmológica. Com 37 semanas foi visualizado em FO direito (D) vasos em zona II, ROP estágio 1 temporal, 4 horas do relógio contíguas, ROP estágio 2 nasal, 4 horas do relógio contíguas. FO esquerdo (E) com vasos em zona II, ROP estágio 2-3 nasal (doença plus ?). Após 4 dias, vasos em zona II-III em ambos os olhos e ROP estágio 1, 6 horas contíguas temporal em olho direito e ROP estágio 2-3, com 4-5 horas contíguas temporal com doença plus. Continuou-se a reavaliar periodicamente e em todos os outros exames foi notada ROP em regressão. Na alta foi decidido por não realizar laser e fazer acompanhamento clínico quinzenalmente. Discussão: De acordo com as diretrizes brasileiras devem ser triados para ROP todos os prematuros com PN menor ou igual a 1500g e IG menor ou igual a 32 semanas. Portanto, havia indicação para a realização do seguimento oftalmológico deste prematuro. O exame inicial, o seguimento realizado e a opção pelo não tratamento do paciente em questão estão de acordo com os dados encontrados na literatura, pois a ROP começou a regredir. A decisão de acompanhar o paciente, após a alta, é essencial pelo risco de desenvolver problemas como estrabismo, ambliopia e erros refrativos.¹⁰ Conclusão: A incidência da ROP aumenta a cada ano isso se deve a maior sobrevivência dos prematuros, maior índice de gravidez em adolescentes de baixo nível socioeconômico, maior ocorrência de gestações múltiplas pelas fertilizações, existência de mais unidades neonatais e falta de acompanhamento nas mesmas.¹³ Esse fato contribui significativamente para o elevado índice nacional de cegueira infantil, fazendo-se necessária a instituição de programas de triagem adequados em todas as unidades neonatais. Com isso seria possível a realização do diagnóstico e intervenção precoce, como é preconizado pelas diretrizes brasileiras.

INSERÇÃO ANÔMALA DE ARTÉRIA CORONÁRIA ESQUERDA – UM RELATO DE CASO

Taiane Belinati Loureiro, Monique Ramalho Marinho, Tania Miguel Bendlin, Janaína Carneiro Bueno Basílio, Alessandra Guimarães, Odírelei João Titon

UNIVERSIDADE POSITIVO – Curitiba - PR

Introdução: A origem anômala da artéria coronária esquerda no tronco pulmonar é uma malformação cardíaca rara que leva a infarto do miocárdio. Durante a vida uterina não há nenhuma alteração funcional, entretanto, após o nascimento, diminui progressivamente a perfusão sanguínea do miocárdio, ocasionando extensas áreas de fibrose, hipertrofia de ventrículo esquerdo e insuficiência mitral. O quadro clínico se caracteriza por choro constante, palidez intensa, parada súbita de sucção, perda de peso, sinais de insuficiência cardíaca como taquipnéia, hepatomegalia, sudorese, cansaço às mamadas, taquicardia e cianose periférica. O diagnóstico se faz através do ecocardiograma que evidencia a implantação anômala do vaso e o tratamento é a cirurgia. Se não for diagnosticado a mortalidade chega a 85% no primeiro ano de vida. Objetivo: Relatar um caso de origem anômala da artéria coronária esquerda. Pacientes e materiais: I. S. H., feminino, 3 dias de vida. Deu entrada no hospital com queixa de taquipnéia, sudorese, interrupção das mamadas, irritabilidade e choro fraco. Apresentava-se em bom estado geral, ativa e reativa, corada, hidratada, acianótica. A ausculta do precórdio não revelou alterações. O abdome era flácido, globoso, com hepatomegalia. Pulsos palpáveis e simétricos e boa perfusão periférica. Manteve-se internada para investigação. Solicitou-se ecocardiograma, o qual evidenciou endocárdio espessado, ingurgitamento mitral, hipocontratibilidade difusa de ventrículos. O cateterismo diagnosticou origem da artéria coronária esquerda em tronco pulmonar, hipocinesia de VE e hipertensão pulmonar moderada. Foi indicada cirurgia cardíaca para reimplante da artéria coronária esquerda anômala diretamente na aorta. Evoluiu satisfatoriamente e recebeu alta hospitalar após 12 dias. Conclusão: A artéria coronária anômala com origem no tronco pulmonar é rara e deve ser suspeitada em crianças com quadro clínico de insuficiência cardíaca associada à irritabilidade. A investigação deve ser feita basicamente com exames de imagem e o tratamento deve ser a correção cirúrgica imediata. Há um bom prognóstico nas crianças com diagnóstico e tratamento precoce.

INTERVENÇÕES PEDIÁTRICAS NÃO TERAPÊUTICAS – IMPLICAÇÕES BIOÉTICAS

Cícero de Andrade Urban, Bruna Koch Borges, Fernanda Alves Monteiro, Luiza Cribari Gabardo, *Suzana Yumi Suzuki*
Universidade Positivo - Curitiba – PR

Introdução: As intervenções pediátricas não terapêuticas são aquelas que não curam e não previnem doenças nem danos aos pacientes a elas submetidas. Muitas vezes não está claro se a intervenção constitui um benefício real para a criança e, portanto, a distinção das intervenções terapêuticas e não terapêuticas estão longe de uma definição na prática. Segundo a Association for Children's Palliative Care e a British Royal College of Pediatrics and Child Care, as medidas não terapêuticas são compostas por condutas ativa e total aos cuidados, envolvendo elementos físicos, emocionais, sociais e espirituais.

Objetivo: Discutir a validade das intervenções pediátricas não terapêuticas à luz dos princípios da Bioética.

Métodos: Revisão da literatura a partir de artigos, bases de dados (scielo, pubmed, medscape), livros de referência e diretrizes acerca do assunto abordado.

Resultados: As decisões e condutas a serem tomadas devem constantemente respeitar os princípios éticos básicos de “primum non nocere” (primeiro não prejudicar) e “voluntas aegrotis suprema lex” (a vontade do paciente é a lei suprema). No entanto, as decisões das intervenções pediátricas não terapêuticas mostram um problema moral, pois, em geral, as crianças não são consideradas capazes de decidir se podem sofrer intervenções médicas sendo incapazes de fornecer consentimento válido. No caso da pediatria, alguns dos princípios da bioética devem, portanto, ser adaptados. O princípio da beneficência (“do good”) deve buscar o alívio da dor e dos sintomas angustiantes além de oferecer suporte emocional. A não-maleficência (“do no harm”) englobará procedimentos dolorosos e que não trazem melhora na qualidade de vida. Ao invés da dignidade e respeito, a melhor adaptação é a proteção da criança, buscando uma resolução em casos de conflitos de interesse médico, familiar e judicial. A autonomia (“self-determination”) busca considerar decisão da criança sempre que possível, desde que ela se encontre apta a responder por si própria. O princípio da justiça (“fairness”) não permite discriminar tratamento paliativo a nenhuma criança, ou seja, busca o atendimento universal e igualitário.

Conclusão: As questões levantadas acerca da validade das intervenções pediátricas não terapêuticas levam aos mais diversos argumentos os quais conflitam a ponto de não se chegar a uma conduta definitiva e nem a um protocolo ou consenso sobre as melhores medidas a serem tomadas. Deste modo, cada caso deve ser analisado individualmente levando em consideração os princípios básicos da bioética (beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça) os quais devem estar sempre acima de qualquer decisão tomada.

EMBOLOGIZAÇÃO QUÍMICA DE DUCTO BILIAR: TRATAMENTO ALTERNATIVO NÃO-CIRÚRGICO DE ESTENOSE BILIAR PÓS-TRANSPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO

Adriane Celli, Alexandre Corvello, Gislaine Strapasson Blum, Izrail Cat, Luciana Bandeira Mendez Ribeiro, Luiz Cezar Tibério, Júlio Cesar Coelho

Departamento de Pediatria e Cirurgia de Transplante Hepático, Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Paraná - Curitiba, Paraná.

Resumo: As complicações biliares são consideradas uma das complicações mais frequentes no pós-transplante hepático. São mais prevalentes entre a população pediátrica, com taxas variando entre 15 e 40 %, e estão relacionadas a maior mortalidade e morbidade em pacientes transplantados. O manejo das complicações biliares requer uma equipe multidisciplinar. Atualmente, prefere-se intervenções menos invasivas através de técnicas endoscópicas e radiológicas, reservando a revisão cirúrgica para aqueles pacientes nos quais as modalidades intervencionistas radiológicas e endoscópicas não obtiveram sucesso. OBJETIVO: Descrever um tratamento alternativo de estenose biliar com episódios recorrentes de colangite em um paciente pediátrico submetido a transplante hepático, com embolização química do ducto biliar. PACIENTE E MÉTODO: Paciente do sexo feminino, 3 anos de idade, com atresia de vias biliares extra-hepáticas submetida a transplante hepático inter vivos (segmento lateral esquerdo). No pós-transplante hepático, evoluiu com episódios recorrentes de colangite. A colangiorensonância demonstrou dilatação focal de árvore biliar com estenose de um pequeno ducto biliar intrahepático. A paciente foi submetida a inúmeras dilatações transhepáticas percutâneas, sem sucesso. Pelas dificuldades técnicas da revisão cirúrgica, foi realizada uma embolização química de ducto biliar com cianoacrilato. RESULTADO: A embolização do ducto biliar com cianoacrilato resultou numa oclusão completa do lúmen do ducto biliar acometido, erradicando efetivamente os episódios de colangites recorrentes. Atualmente, há 5 anos do procedimento, a paciente apresenta-se sem episódios de colangites e com testes de função hepática normais. Conclusão: A embolização química de ducto biliar pode ser uma opção terapêutica, evitando intervenções cirúrgicas em pacientes com complicações biliares que não obtiveram sucesso em intervenções radiológicas e endoscópicas padronizadas.

MENINGITE BACTERIANA AGUDA NA INFÂNCIA: COMPLICAÇÕES NEUROLÓGICAS AGUDAS

Renata Dal-Prá Ducci, Sérgio Antonio Antoniuk, Ariane Tieko Frare Kira, Fátima Hamdar, Mônica Nunes Lima Cat, Cristina Rodrigues da Cruz

Hospital de Clínicas, Serviço de Neuropediatria e Infectologia Pediátrica, Curitiba – PR

A Meningite Bacteriana Aguda (MBA) é uma entidade clínica que permanece um importante problema na prática médica devido a uma significativa morbi-mortalidade, principalmente na infância, a despeito dos avanços médicos e tecnológicos disponíveis nos dias de hoje. Esse estudo visa avaliar as complicações neurológicas agudas das MBA na infância e correlacioná-las com dados clínicos, laboratoriais e de evolução clínica a fim de determinar possíveis sinais de alerta para a sua ocorrência. Foram analisados os dados retrospectivos dos 44 pacientes pediátricos internados entre os anos de 2003 e 2006 com MBA com agente etiológico definido. Para o tratamento estatístico foram aplicados os testes: exato de Fisher, t de Student, teste de Mann-Whitney, regressão logística univariada e cálculo da razão de chance (odds ratio). Dezesete pacientes tiveram complicação neurológica aguda (38.6%), a mediana de idade desses pacientes foi 8 meses (2-145) e o agente etiológico mais frequente foi *Streptococcus pneumoniae* (64.7%). Considerando os 44 pacientes, as complicações neurológicas agudas mais frequentes foram: crise convulsiva (31.8%), alteração de nervo craniano (20.5%) e estado de mal convulsivo (15.9%). Dois pacientes foram a óbito (4.5%) e 6 pacientes (13.6%) tiveram alta com complicação neurológica. Os pacientes com complicação neurológica aguda apresentaram com mais frequência: menor contagem de neutrófilos no leucograma ($p=0.03$), crise convulsiva na admissão ($p<0.01$) e *S. pneumoniae* como agente etiológico ($p=0.01$). Nos pacientes sem complicação neurológica aguda observou-se com maior frequência: ausência de alteração de nível de consciência ($p=0.02$) e presença de petéquias ($p=0.02$). Observou-se uma tendência de correlação inversa entre idade e ocorrência de complicações neurológicas agudas ($p=0.06$). MBA causada por *S. pneumoniae* foi selecionada como um fator de risco para o desenvolvimento de complicações neurológicas agudas (OR = 6.4, IC = 1.7-24.7), assim como contagem de neutrófilos $<60\%$ ($p<0.01$). Não foi possível estimar o valor preditivo das demais variáveis para o risco de desenvolvimento de complicação neurológica aguda devido ao baixo poder de teste. Conclui-se que baixa idade (lactentes), contagem de neutrófilos $<60\%$, crise convulsiva na admissão e *S. pneumoniae* como agente etiológico são sinais de alerta para a ocorrência de complicação neurológica aguda. Ressalta-se a importância da identificação de crianças com maior suscetibilidade à complicação neurológica aguda para que com o tratamento precoce e atenção médica especial diminua-se a morbidade da MBA, fato que interfere significativamente na qualidade de vida desse pacientes.

MENINGITE BACTERIANA AGUDA NA INFÂNCIA: SEQUELAS NEUROLÓGICAS

Fátima Hamdar, Sérgio Antonio Antoniuk, Ariane Tiek Frare Kira, Renata Dal Prá-Ducci, Mônica Nunes Lima Cat, Cristina Rodrigues da Cruz

Hospital de Clínicas – Serviço de Infectologia Pediátrica e Neuropediatria (HC-UFPR), Curitiba-PR

A meningite bacteriana aguda (MBA) em crianças, apesar dos cuidados intensivos e avanços na terapêutica, ainda é responsável por uma elevada taxa de sequelas neurológicas. Apesar disso, poucos estudos a respeito da morbi-mortalidade foram feitos em nosso país e estes são de fundamental importância para que sejam analisados os fatores preditivos de mau prognóstico desses pacientes.

Esse estudo visa avaliar as sequelas neurológicas decorrentes de MBA na infância e correlacioná-las com dados clínicos, laboratoriais, de manejo e evolução para sugerir quais pacientes requerem cuidados especiais durante a internação e após a alta. Mediante revisão retrospectiva dos prontuários, foram avaliadas crianças entre 1 mês e 14 anos internadas no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, no período de 2003 a 2006, com MBA com agente etiológico definido. Foram excluídas aquelas com problemas imunológicos, neurológicos, neurocirurgias prévias, meningite pós-trauma e crianças que não compareceram às consultas pós-alta. Todos os pacientes foram avaliados durante a internação e pelo menos uma vez após a alta hospitalar. A amostra final consistiu de 35 pacientes.

Para o tratamento estatístico foram aplicados os testes exato de Fisher, t de Student, teste de Mann-Whitney, regressão logística univariada e cálculo da razão de chance (odds ratio). Dentre os 35 pacientes, 14 (40%) apresentaram sequelas neurológicas. As sequelas mais frequentes foram: alteração comportamental (22,9%), atraso no desenvolvimento psicomotor (17,1%), retardo mental (14,3%), epilepsia (14,3%) e alteração de nervo craniano (14,3%). A mediana de idade desses pacientes foi 14,5 meses (4-87) e 71,4% eram do sexo masculino. Os pacientes com sequelas neurológicas apresentaram com mais frequência complicações agudas como alteração de nervo craniano ($p < 0,01$), déficit motor ($p = 0,02$), crise convulsiva ($p = 0,03$), estado de mal convulsivo ($p = 0,02$) e coma ($p < 0,01$). Os níveis de proteinorraquia foram significativamente diferentes entre os com e sem sequelas neurológicas (224,9 versus 119,2; $p < 0,01$), assim como os valores da relação glicorraquia/glicemia (0,01 versus 0,37; $p < 0,01$). A ocorrência de crise convulsiva na internação (OR = 5,6; IC = 1,2-25,9) e proteinorraquia > 200 mg/dl ($p < 0,01$) foram selecionadas como variáveis de risco para desenvolvimento de sequelas neurológicas. Não foi possível estimar o valor preditivo das demais variáveis para o risco de desenvolvimento de sequela neurológica devido ao baixo poder de teste. Conclui-se que a ocorrência de complicações neurológicas agudas foram as principais diferenças significativas observadas entre os pacientes com e sem sequelas neurológicas. Portanto, esses pacientes merecem maior atenção após a alta hospitalar visando assim diminuir a morbidade nessas crianças.

MENINGITE NEONATAL POR LISTERIA MONOCYTOGENES

De Geus, Silvia; Melek, Sandra; Castanho, Aline; Rodrigues, Ana Luiza; Odioche, Ewellyn; Rocha, Jean; Milczewsky, Vanessa
Hospital Angelina Caron - Campina Grande do Sul – PR

Objetivo: Relatar caso de meningite por *Listeria monocytogenes*. Introdução: *L. monocytogenes*, bastonete gram+, anaeróbio facultativo não esporulado, cosmopolita. Manifestações de grande polimorfismo, devido a inúmeros sítios anatômicos. Apresentação mais comum: meningite e septicemia. Principalmente em RNs, idosos e imunossuprimidos. Relato do Caso: C.M.P.S, feminina, 13 dias. Tosse e irritabilidade há 2 dias; no dia da admissão síncope, sialorréia e febre. REG, hipotônica, hipocorada, hipoativa, oscilando taquicardia e bradicardia. Reflexos diminuídos. Cesárea, a termo, Apgar 09/10. Duas consultas pré-natais, sem VDRL, HIV e toxoplasmose, após parto, não reagentes. Hemograma: Score de Rodwell 4, PCR: 7,39mg/dL. LCR turvo, leucócitos 42.000mm³ (MN 63%, PMN 37%), eritrócitos: 853,3mm³, glicose: 4mg/dL, proteína: 519,45mg/dL. Bacterioscopia: gram+. Cultura: *Listeria Monocytogenes*. TAC: apagamento difuso dos sulcos entre os giros corticais, dilatação dos ventrículos laterais, hiperdensidade dos contornos do corno occipital do ventrículo lateral esquerdo. Eco SNC: Sistema ventricular com pequena quantidade de líquido espesso. Evoluiu com mal convulsivo, iniciado fenobarbital, hidantal, cefotaxima, ampicilina, gentamicina e dexametasona. No 12º dia novo LCR: turvo, leucócitos: 448 (MN 74%, PMN 26%), eritrócitos: 378 glicose: 39 proteína: 443. Ausência de bactérias e fungos. Alta no 19º dia do internamento. Comentários: Transmissão através da ingestão de alimentos contaminados por animais, fezes ou solo. No trato genital possibilita a transmissão sexual. As infecções neonatais são transmitidas por via hematogênica, ascendente ou durante o parto. A meningite é a manifestação mais comum (84%). A listeriose neonatal se classifica como precoce, até o 6º dia de vida e após, tardia. A forma precoce mais comum é a septicemia e a tardia a meningite. Infecções perinatais levam ao aborto, prematuridade e morte neonatal. As alterações no SNC se assemelham às de outras meningites, porém com maior potencial de hidrocefalia. Pode ocorrer ventriculite, abscesso cerebral, déficit motor, surdez, convulsão e retardo neuropsicomotor. A mortalidade varia de 16 a 50 % e, dos que sobrevivem, 10 a 24% terão sequelas neurológicas. O LCR é típico de meningite bacteriana, embora em 10 % dos casos, inicialmente, possam ocorrer achados atípicos. O antibiótico de escolha é a ampicilina, com melhor resolução se associado à gentamicina. Empiricamente as cefalosporinas de terceira geração e aminoglicosídeos associados à ampicilina são recomendados em meningites bacterianas neonatais. Embora as infecções por *Listeria* sejam raras, têm grande morbidade, mortalidade, e risco de seqüelas, o que ressalta a importância do diagnóstico e tratamento.

MONITORIZAÇÃO CONTÍNUA DA PRESSÃO INTRACRANIANA EM PACIENTE PEDIÁTRICO, VÍTIMA DE TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO

Pedro Vanhazebrouck, Cristina Terumy Okamoto

Hospital do Trabalhador – Curitiba PR

Introdução: O trauma crânio encefálico (TCE) é a principal causa de morte traumática de crianças em países em desenvolvimento. Apesar de graves em apenas 1% dos casos, 75% desses evoluem com hipertensão intracraniana. A monitorização contínua da pressão intracraniana demonstra a pressão que está sendo exercida sobre o cérebro. Além disso, em associação com a pressão arterial média, pode mostrar a pressão de perfusão cerebral, dado que mostra de forma bastante precisa qual o grau de oxigenação que o cérebro está recebendo. Sendo assim, a monitorização contínua permite um cuidado mais acurado e com melhor relação entre o tratamento proposto e a resposta terapêutica, provendo assim um tratamento melhor para o paciente com TCE. No entanto, este não é um procedimento inócua, devendo sua indicação ser realizada com cautela. **Objetivo:** Avaliar em um paciente pediátrico vítima de trauma crânio encefálico a indicação e manejo da pressão intracraniana, e a sua correlação com a pressão de perfusão. **Método:** Foi analisado o histórico do paciente desde a admissão no hospital até o dia de alta sendo avaliadas a pressão intracraniana, a pressão arterial média e pressão de perfusão cerebral. Sua evolução foi, então comparada com a literatura. **Resultados:** F.L.L., 11 anos, foi admitido no hospital no dia 18/02/2009, vítima de atropelamento. Apresentou contusão em crânio, suspeita de fraturas em membros, Escala de Coma de Glasgow (ECG) de entrada igual a nove, pressão arterial de 124/24mmHg, frequência de pulso de 120 batimentos por minuto e saturação de oxigênio de 99%. Evoluiu com redução da ECG para sete, sendo intubado e solicitada tomografia axial computadorizada, cujo resultado foi compatível com hemorragia subaracnoide. Em seguida foi admitido na UTI e submetido a ventilação mecânica, uso de noradrenalina dopamina, fentanyl, midazolam, hidantoína, thiopental, cefepime e transfundido com papa de hemácias. Durante os 6 primeiros dias fez uso de, varias doses de ataque de manitol e solução fisiológica hipertônica e drenagem ventriculares externas. A pressão arterial média nesses dias variou entre 49 e 89, a pressão intracraniana entre -1 e 65, e a pressão de perfusão cerebral entre 33 e 64. Ocorrendo grande variabilidade ao longo desses 6 primeiros dias. No sexto dia foi retirado o monitor da pressão intracraniana e suspensas as drogas vasoativas. Nove dias após a admissão foi extubado e foram retirados os drenos de tórax e intraventricular. Sua ECG evoluiu para oito. Após 13 dias da internação, apresentava movimentos respiratórios espontâneos e sua ECG era de oito. No dia seguinte recebeu alta da UTI com ECG de 12 e no 31º dia de internamento recebeu alta hospitalar.

Conclusão: Os dados sobre a monitorização contínua da pressão intracraniana presentes na literatura não estão bem estabelecidos. Segundo as informações existentes, esse procedimento deve ser indicado quando a ECG for menor do que nove ou se o paciente estiver sedado. Neste caso, sua indicação foi coerente com a literatura.

OSTEOGÊNESE IMPERFEITA TIPO II TRATADA COM PAMIDRONATO DE CÁLCIO: RELATO DE CASO COM BOA EVOLUÇÃO

Amanda Martins Pereira Moraes, André Luis David, Lygia Maria Coimbra de Manuel, Marcos Aurélio Petrini, Rafaella Fadel Friedlaender, Teresa Derbli

Hospital Santa Cruz - Curitiba PR

Introdução: A Osteogênese Imperfeita (OI) é uma doença genética caracterizada por fragilidade e baixa massa óssea. Doença rara, com incidência de 1/5.10.000 nascimentos. Classifica-se atualmente em sete tipos (I a VII), sendo que os quatro primeiros apresentam mutação em um dos genes que codificam o colágeno tipo I – COL1A1 e COL1A2. Os sinais clínicos variam conforme o tipo de OI e incluem escleras azuladas, surdez precoce, fragilidade e desmineralização óssea, osteoporose, fraturas e deformidades, frouxidão ligamentar, Dentinogênese Imperfeita, dor óssea crônica, face triangular, baixa estatura e desproporção craniofacial. O diagnóstico é feito pela história clínica, exame físico e radiográfico. Outros exames específicos podem ser realizados, como a avaliação genética e as biópsias de ossos e pele. O tratamento é realizado com bisfosfonados, sendo o pamidronato considerado o padrão-ouro. No entanto, a dose e duração do tratamento com tais medicamentos, assim como a segurança e o efeito a longo prazo não estão bem estabelecidos. **Objetivo:** Relatar um caso de OI tipo II tratada com Pamidronato que apresentou boa evolução. **Método:** Foram analisados o histórico do nascimento e evolução do paciente e os dados maternos pertinentes. **Resultados:** História materna: J.C.S., 26 anos, GIII,CII, tabagista. Ecografia gestacional de 20 semanas demonstrou malformação de membros inferiores, polidrâmnio e retardo de crescimento intra-uterino assimétrico. Com 30 semanas interrompeu a gestação por amniorrexis prematura, sem causa aparente. Recebeu duas doses de corticóide ante natal. História do recém-nascido: E.V.S., feminino, nascida de cesárea, peso 1700g, Apgar 7/8, Parkim 33 semanas. Nasceu em anasarca, com necessidade de reanimação na sala de parto, evoluindo com síndrome do desconforto respiratório. Recebeu a primeira dose de surfactante com uma hora de vida e a segunda com doze horas. Com 13 dias de vida (DV) apresentou edema de membro inferior esquerdo. A radiografia demonstrou trabeculado ósseo grosseiro do rádio e ulna bilateral; áreas de descontinuidade cortical das diáfises proximais das ulnas; heterogeneidade do trabeculado ósseo femoral proximal, tibial e fibular bilateral; traço de fratura na fíbula direita e heterogeneidade do trabeculado ósseo de múltiplos arcos costais. Aos 23 DV apresentou fratura de úmero direito, sendo realizado o diagnóstico de OI do tipo II. A primeira administração de pamidronato de cálcio foi realizada no 44º DV (dose: 1,2 mg/kg), sendo repetida a cada dois meses durante três dias. Recebeu alta com home care aos 72 DV. Atualmente a paciente possui três anos, com acompanhamento de home care, em uso pamidronato de cálcio a cada dois meses. Encontra-se traqueostomizada, sem dependência de oxigênio e já apresentou mais de 50 fraturas. **Conclusão:** A OI tipo II é comumente associada a manifestações clínicas muito severas, geralmente resultando em morte neonatal. No entanto, E.V.S. apresentou uma evolução diferente da observada e foi à primeira experiência do serviço com pamidronato. Estudos posteriores necessitam ser realizados para confirmar se a utilização da droga possa influenciar na evolução clínica de pacientes semelhantes a este.

PERCEPÇÃO DAS MÃES QUANTO AO ATENDIMENTO, ESTADO DE SAÚDE E PROGNÓSTICO DE SEUS FILHOS INTERNADOS EM UTI NEONATAL

Thaís Ariela Machado Brites, Gilberto Pascolat, Rubens Kliemann e Evangelia Atanasio Swetz

Hospital Universitário Evangélico de Curitiba - PR

Atualmente a incidência de nascimentos prematuros cresceu consideravelmente. Graças à grande evolução tecnológica nos suportes utilizados nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais há um aumento na possibilidade de sobrevivência destes bebês. Todavia, essa incorporação pode, em algumas situações, transformar o bebê em um objeto de cuidado e seus pais em meros observadores. Nesse sentido, faz-se necessário que, paralelamente ao desenvolvimento tecnológico, seja promovida uma assistência humanizada, que reconheça o bebê enquanto sujeito com individualidades, mantendo relações com seu cenário social. O objetivo deste trabalho é estabelecer o perfil das mães dos pacientes internados em UTIN, quanto à idade, número de consultas de pré-natal e tempo de internamento dos recém nascidos. Avaliar a percepção quanto ao atendimento, estado de saúde e prognóstico de seus filhos internados em UTIN. Compreender suas angústias, mudança de rotina e hábitos de vida, gerados pelo nascimento de um bebê que necessita de cuidados especiais no início de sua vida. Saber a opinião em relação à equipe multidisciplinar, quanto à reunião dos pais bem como a avaliação do serviço da UTIN como um todo. No presente estudo não houve prevalência específica de faixa etária, também não houve predominância quanto ao número de gestações. A maioria apresentou alguma intercorrência durante a gravidez e eram consideradas como gestação de risco. Apesar de todas as entrevistadas terem feito consultas de pré-natal, a minoria apresentava alguma alteração que denotava previamente a necessidade do internamento, como reforçam os dados de literatura. Quanto às informações dadas às mães, a grande parte das entrevistadas soube relatar o motivo do internamento e o tratamento realizado aos seus filhos, sendo que informaram ter recebido as primeiras informações já na sala de parto. As informações dadas durante o internamento também mostraram-se satisfatórias, entretanto a quase a totalidade relatou não ter sido informada a respeito das possíveis seqüelas ou problemas de desenvolvimento, o que deve ser ressaltado aos pais, até mesmo pela importância do acompanhamento médico futuro. As decisões quanto ao tratamento não foram discutidas com as mães, em contrapartida, nenhum procedimento de risco foi feito sem sua autorização. A angústia e o medo que precedem a visita foi compartilhado entre todas as entrevistadas, assim como a mudança da rotina. O apoio dos familiares apresentou-se de suma importância, e a reunião dos pais foi representativa para a totalidade das entrevistadas que freqüentou a mesma, o que demonstra a importância deste diferencial ofertado pelo serviço. O serviço da UTIN do HUEC foi avaliado pelas mães como ótimo e excelente em sua maioria. As sugestões dadas para melhora serão repassadas aos chefes do serviço na tentativa de melhorar ainda mais o atendimento.

PERFIL CLÍNICO E LABORATORIAL DE ADOLESCENTES COM HIV/AIDS ACOMPANHADOS EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CURITIBA

Danielle Vanessa Banhuk, Cristina Rodrigues Cruz

Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC/UFPR)

Introdução: Os adolescentes vivendo com HIV/AIDS constituem uma população heterogênea quanto à forma e idade em que ocorreu a transmissão (vertical ou horizontal), com conseqüências para suas condições clínicas, imunológicas, psicossociais, culturais e histórico de tratamento. Objetivo: Avaliar, evolutivamente, as características clínicas e laboratoriais dos adolescentes com HIV/AIDS acompanhados no Serviço de Infectologia Pediátrica do HC/UFPR. Método: Estudo retrospectivo descritivo, com revisão de 60 prontuários de pacientes infectados pelo HIV, com idade entre 12 e 19 anos. Resultados: 59 pacientes adquiriram o vírus por exposição vertical, 33 são do sexo masculino e 65% estão na faixa etária dos 12 aos 14 anos. O tempo médio de acompanhamento foi de 9 anos. Avaliou-se a classificação clínica e imunológica dos adolescentes em 3 momentos: no início do acompanhamento, a pior e a atual. Vinte e cinco iniciaram o acompanhamento com sintomas leves, 12 com moderados e 23 com doenças definidoras de Aids. No pior momento clínico, 51 pacientes apresentaram sintomas moderados ou graves e somente 9 permaneceram apenas com sintomas leves. Atualmente, 58 estão assintomáticos ou com sintomas leves. Quanto à classificação imunológica, 32 iniciaram acompanhamento sem imunossupressão, 17 com imunossupressão leve/moderada e 11 com imunossupressão grave. No pior momento, 39 apresentaram imunossupressão grave e apenas 7 permaneceram sem imunossupressão. Atualmente, 37 estão sem imunossupressão, 17 com imunossupressão leve/moderada e apenas 6 com imunossupressão grave. No que diz respeito ao controle da replicação viral, metade dos adolescentes está com carga viral indetectável. Quanto à TARV, o número de esquemas de ARV utilizados variou de 1 a 11 esquemas/paciente e atualmente 96% estão em TARV altamente efetiva. Apesar dos avanços na terapia, 77% dos 60 adolescentes, apresentam condições clínicas associadas à infecção e/ou ao uso da TARV. As mais freqüentes são a dislipidemia e a lipodistrofia, seguidas por problemas neuropsiquiátricos, baixa estatura e cardiopatias. Conclusão: Os adolescentes da amostra adquiriram o vírus, predominantemente, por exposição vertical. Foram expostos a múltiplos antirretrovirais e sofrem com as condições associadas, possíveis reflexos desses medicamentos, do longo tempo de doença e complicações. No entanto, os avanços na terapia, com o uso de terapia altamente efetiva, possibilitaram que atualmente apresentem quadros de sintomatologia leve e ausência de imunossupressão, além do controle completo da replicação viral em, pelo menos, metade deles.

PERFIL DOS LACTENTES COM INTOLERÂNCIA AO LEITE DE VACA ATENDIDOS PELO PROGRAMA DE ATENÇÃO NUTRICIONAL DE CURITIBA ATÉ SETEMBRO DE 2008

Andressa C. Langer, Aristides S. da Cruz, Carolina G. S. Marcatto, Karyne S. G. Gomes, Ângela C. L. de Oliveira
Coordenação de Alimentação e Nutrição do Centro de Informação em Saúde - Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba
Disciplina de Pediatria da Faculdade Evangélica do Paraná

As crianças com suspeita de intolerância ao leite de vaca (LV) são atendidas em Curitiba pelo Programa de Atenção Nutricional a Pessoas com Necessidades Especiais de Alimentação (PAN), encaminhadas para receber fórmulas terapêuticas: fórmula de proteína isolada de soja (FS), fórmula de hidrolisado protéico (FHP), fórmula de aminoácidos (FAA) ou fórmula de LV sem Lactose (FSL). Objetivo: Avaliar o perfil dos lactentes com provável intolerância ao LV encaminhados ao PAN, bem como as formas clínicas de alergia à proteína de leite de vaca (APLV) diagnosticadas. Método: Foram avaliados retrospectivamente 179 prontuários de crianças com idade inferior a 24 meses, que ingressaram no PAN de agosto de 2006 a setembro de 2008, considerado este o período anterior à adoção do fluxograma de fórmulas terapêuticas orientado pelo Consenso Brasileiro de Alergia Alimentar: 2007 (CBAA-2007). Resultados: Dos 179 lactentes, 109 (61%) eram masculinos e 21% nasceram com menos de 2.500g (em Curitiba 9% nasceram com menos de 2.500g). Na ocasião do primeiro atendimento 23% ainda tinham leite materno. Perda completa do leite materno antes dos 6 meses havia ocorrido em 62% dos casos, o dobro do que ocorre na população geral de Curitiba. A idade média de início de leite de vaca ou fórmula foi 2,3 meses e de início dos sintomas 2,6 meses - 25% iniciaram os sintomas ainda em aleitamento materno exclusivo. História familiar de doenças alérgicas foi positiva em 30%. Em 146 casos (82%) o diagnóstico foi APLV e em 4 (2%) intolerância à lactose. Nos demais 16% não havia intolerância ao LV. Dos 146 pacientes com APLV, 16% tinham APLV mediada por IgE, com manifestações imediatas, 22% enteropatia alérgica, 23% colite alérgica, 27% sintomas funcionais sem má absorção, 13% constipação, 16% dermatite atópica e 6% asma ou rinite. Desnutrição progressiva, com deterioração de peso ou estatura, ocorreu em apenas 20% dos pacientes. O leite materno foi mantido em 7% dos pacientes, sem fórmulas especiais. A FS foi fornecida a 83% dos pacientes, a FHP a 27%, a FAA a 11% e a FSL a 4%. A evolução clínica e nutricional foi satisfatória em todos os pacientes com intolerância ao LV atendidos pelo PAN. Conclusão: No período anterior à publicação do CBAA-2007 houve predomínio absoluto de fornecimento de FS aos lactentes atendidos pelo PAN e portadores de intolerância ao leite de vaca. O leite materno, ou as fórmulas fornecidas, permitiram evolução clínica e nutricional satisfatória em todos os casos de intolerância ao LV.

PERFIL DOS PACIENTES COM LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO JUVENIL COM COMPROMETIMENTO RENAL

Fernanda Martin Fabri, Lucimary de Castro Silvestre, Leticia de Fátima Helpa
Hospital Pequeno Príncipe - Curitiba - PR

Objetivo: Traçar um perfil epidemiológico dos pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) Juvenil enfatizando suas manifestações renais. Materiais e Métodos: Análise retrospectiva dos prontuários de pacientes com diagnóstico de LES antes dos 16 anos de idade que possuíam manifestação renal e eram acompanhados pelos serviços de Reumatologia e/ou Nefrologia no Hospital Pequeno Príncipe (HPP), entre janeiro de 1992 a dezembro de 2008. Resultados: Sessenta e três pacientes foram incluídos. Quarenta e seis (73,01%) eram do sexo feminino e 17 (26,9%) do sexo masculino. A creatinina sérica estava alterada em 17 (27,4%) e uréia em 22 (35,5%). A proteinúria de 24 horas mostrou-se aumentada em 25 (43,9%). Os subtipos histológicos mais frequentes na biópsia renal foram classe II em 15 e IV em 16 (37,5% e 40,0 %, respectivamente). Na última análise, proteinúria estava presente em 28 (44,4%), hematúria em dois (3,17%). Seis (9,52%) evoluíram com IRC, necessitando de hemodiálise. Um foi a transplante renal, quatro foram a óbito e um permanecia em hemodiálise. Conclusões: O grupo estudado apresenta características semelhantes à descrita na literatura. A hematúria e proteinúria foram relacionadas a tipos de lesões histológicas mais graves. O conhecimento do perfil das crianças lúpicas é essencial para o planejamento de ações de saúde dirigidas a esse grupo, além de possibilitar um aperfeiçoamento no atendimento desses pacientes. O acompanhamento rigoroso e o tratamento precoce e adequado permitem um retardo na progressão da doença renal e uma melhor taxa de sobrevivência em longo prazo.

PERFURAÇÃO ESPONTÂNEA DA VIA BILIAR EXTRA-HEPÁTICA: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ASCITE

Ismael Horst Junior, Priscila Moreno da Matta, Luciana Bandeira Mendez Ribeiro, Gislaine Strapasson Blum, Adriane Celli.
Departamento de Gastropediatria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Introdução: Perfuração espontânea da via biliar espontânea é uma causa rara de colestase associada a abdome agudo, com menos de 150 casos descritos na literatura. A etiologia ainda é desconhecida, mas sugere-se pontos de fragilidade em colédoco e associação com obstrução distal ou cisto. Tem como forma de apresentação ascite, distensão abdominal, irritabilidade e icterícia colestatia de início súbitos. Ocorre entre 2 e 20 semanas de vida, em pacientes previamente hígidos. PACIENTE: Uma paciente do sexo feminino de 1 mês e 22 dias foi admitida com quadro de icterícia e acolia há 2 semanas e apresentando distensão abdominal importante e vômitos há 3 dias. Ao exame apresentava icterícia e abdome distendido, com relevo de alças visíveis, sem circulação colateral. RHA diminuídos, além de dor a palpação e piparote positivo. Não apresentava hepatoesplenomegalia. O diagnóstico clínico foi de perfuração de via biliar espontânea. Exames complementares. Exames laboratoriais: GGT: 533, FA: 724, TGO: 38, TGP: 25. Realizado ecografia que demonstrou ascite volumosa. Paracentese evidenciou líquido ascítico de coloração amarelo escura compatível com bile. BT do líquido ascítico: 18 mg/dl e níveis séricos BT: 6,25 BD: 4,32, o que confirmou a hipótese diagnóstica. Realizada laparotomia que detectou a perfuração de via biliar extra-hepática (colédoco) próximo ao duodeno, além de via biliar fina e hipoplásica. Foi realizada secção dos ductos biliares direito e esquerdo em porta hepática com portoenteroanastomose em Y de Roux. CONCLUSÃO: Embora rara, a perfuração espontânea de vias biliares deve ser lembrada em todo caso de ascite de início abrupto associada a icterícia colestatia e abdome agudo sem sinais de hepatopatia crônica, hipertensão portal ou trauma. Com a associação destes sinais o diagnóstico clínico é possível e uma simples paracentese confirma a hipótese, evitando exames desnecessários e de alto custo e atraso no diagnóstico que põe em risco a vida do paciente.

PESQUISA SOBRE A VISÃO DA EPILEPSIA EM PAIS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES PORTADORES DA PATOLOGIA ATENDIDAS NO CENTRO DE NEUROPEDIATRIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DO PARANÁ

Alzira Eugenia Melo Viana Cornel, Fernanda Berkenbrock, Sergio Antonio Antoniuk, Isac Bruck

Centro de Neuropediatria do Hospital de Clínicas do Paraná (CENEP)

Universidade Federal do Paraná

Introdução: As percepções da população em geral e atitudes a respeito de epilepsia tem sido estudadas em vários países, inclusive no Brasil. Devido à desinformação e a existência de preconceitos arraigados que aumentam os sofrimentos dos pacientes decidiu-se estudar estas atitudes na população de pais de crianças com epilepsia. **Objetivo:** Com a finalidade de melhorar a qualidade de vida das crianças e adolescentes atendidos no CENEP com epilepsia, elaboramos uma pesquisa para avaliar as percepções, atitudes, conhecimento e preconceito dos pais destas crianças em relação à epilepsia. **Método:** Foram estudados 55 pais de crianças com epilepsia atendidas no CENEP. Foi aplicado um questionário contendo 9 questões abordando a parte clínica com informações sobre as crises, sua frequência, medicação utilizada e antecedentes familiares. Um segundo, contendo 16 questões, abordava o conhecimento dos pais sobre a doença, conduta nas crises e atitudes preconceituosas. **Resultados:** Observou-se predominância no sexo masculino em 60% (n=30) e 40% (n=20) no sexo feminino. A epilepsia generalizada está presente em 48% (n=24), epilepsia localizada 50% (n=25) e outras em 2%. 76,3% (n=42) dos pais apresentaram conduta adequada diante de uma crise, apesar de 54,5% (n=30) terem muitas dúvidas a respeito desta patologia. Quanto a mito e crenças, 18% (n=10) dos pais associam a epilepsia com espíritos e possessões e 18% (n=10) têm dúvidas. Neste estudo foi possível observar que 64% (n=34) das crianças apresentaram outras disfunções associadas à epilepsia. **Conclusão:** Como observado, existe ainda muita desinformação a respeito da epilepsia nesta população. Alertamos para necessidade de maiores esclarecimentos sobre diversos aspectos a propósito da cura, medicações utilizadas, entre outros para a população em geral e para os pais das crianças com epilepsia.

RELAÇÃO ENTRE A SENSIBILIZAÇÃO AOS ALÉRGENOS INALÁVEIS E A GRAVIDADE DA ASMA

Karine Takizawa, Nelson Augusto Rosário Filho, Hevertton Luiz Bozzo Silva dos Santos, Carlos Antonio Riedi, Herberto José Chong Neto, Raisa Virginia de Sena Souza, Carla Dorgam Aguilera, Gabriele Lima Cardoso Westphal, Alexandre Miyaki, Leandro Britto

Hospital de Clínicas – Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Introdução: a asma é a doença crônica mais comum na infância com prevalência cumulativa média de 13% no Brasil. Em consultas ambulatoriais 5% dos atendimentos são de asmáticos e em serviços de emergências estes números podem atingir até 16% das crianças. Em Curitiba, a prevalência de asma em crianças em idade escolar é de 27,3%. **Objetivo:** o presente estudo visa verificar a relação entre a sensibilização a aeroalérgenos e a gravidade da asma. **Método:** realizou-se análise retrospectiva de dados do prontuário padronizado de primeira consulta de 1549 crianças, entre 0 e 14 anos, com diagnóstico de asma persistente pelos critérios sugeridos no Global Initiative for Asthma (GINA), atendidas no período de Janeiro de 2001 a Janeiro de 2006 em serviço ambulatorial de Imunologia Pediátrica do Hospital de Clínicas do Paraná. Verificou-se a frequência de positividade nos testes cutâneos alérgicos para *Dermatophagoides pteronyssinus* (DP), *Blomia tropicalis* (BT), *Blatella germanica*, *Lolium perenne*, epitélio de cão e gato e sua distribuição conforme a gravidade da asma. Foi considerado positivo o teste cutâneo alérgico (TCA) que resultou em pápula = 3mm que o controle negativo. Para a análise estatística foi utilizado o método do Qui-Quadrado. **Resultados:** a média de idade dos pacientes era de 4,3±3,5 anos e 59% da amostra eram do gênero masculino. Constatou-se que 56% dos 1249 testados para DP são sensibilizados a este alérgeno, 51% dos 1055 à *Blomia*, 23% dos 645 à *Blatella*, 19% de 607 ao *Lolium*, 16% de 767 ao epitélio de cão e 13% de 773 ao epitélio de gato. Dos 1549, 604 (39%) pacientes tinham asma leve, 830 (53,6%) asma moderada e 115 (7,4%) asma grave. Entre os alérgenos testados, tanto a positividade ao DP quanto ao *Lolium* correlacionaram-se com a forma mais grave de asma com p=0.012 e p=0.0009 respectivamente. **Conclusões:** neste grupo houve predomínio de asma moderada. O grau de reatividade aos testes cutâneos aumenta com a idade. Os ácaros domésticos, representados pelo DP e BT, são os alérgenos que mais provocaram sensibilização nestes pacientes. Tanto a sensibilização ao DP quanto ao *Lolium* estão relacionados com a gravidade da asma.

RELAÇÃO ENTRE CATETERISMO UMBILICAL E ENTEROCOLITE NECROSANTE

Sheila Rampazzo Luz; Anna Cristina Silvestri; Cristina Okamoto

Universidade Positivo – Curitiba - PR

A enterocolite necrosante é uma doença gastrointestinal grave, que afeta predominantemente prematuros e recém-nascidos de baixo peso, durante a primeira ou segunda semana de vida e sua causa precisa ainda é controversa. A prematuridade implica em imaturidade gastrointestinal, que pode ter um papel crucial para o desenvolvimento da doença no recém-nascido pré-termo. Este relato de caso tem como objetivo correlacionar a enterocolite necrosante e o cateterismo umbilical como um fator de risco na sua patogênese. Recém-nato prematuro de 33 semanas com cateterismo umbilical evoluiu com isquemia de membro, distensão abdominal, estase volumosa, vômito fecalóide, sugerindo quadro de enterocolite necrosante. Um fator desencadeante da injúria da mucosa intestinal é a evidência de isquemia, pois a alteração do fluxo sanguíneo nos vasos intestinais e o aumento da resistência do fluxo da artéria mesentérica superior no primeiro dia de vida aumentam o risco de desenvolvimento de enterocolite necrosante. De acordo com metanálises do Cochrane Databases System Review, a relação entre enterocolite necrosante e cateterismo umbilical depende da ponta do catéter, do material de que este é feito, do orifício de saída, se apresenta saída lateral ou na ponta do catéter, posição alta ou baixa deste. A colocação do catéter na posição baixa, isto é acima da bifurcação da aorta e abaixo as artérias renais apresenta maior incidência de casos de enterocolite necrosante e processos tromboembólicos e isquêmicos que a colocação do catéter na posição alta, na aorta descendente, acima do nível do diafragma e abaixo da subclávia esquerda O uso de orifício com saída lateral evita o desencadeamento de eventos isquêmicos e trombose. O material de que é feito o catéter não

tem correlação alguma com liberação de substâncias ou de isquemia por determinado material. Outra hipótese seria o tempo de permanência do catéter, o cateterismo por um longo tempo (mais que 28 dias) e um cateterismo por um curto tempo (7 – 10 dias), substituído por um catéter venoso percutâneo central podem levar a enterocolite necrosante, independentemente do tempo de uso. Ainda permanece inconclusivo se o cateterismo umbilical é um fator de risco para a enterocolite necrosante. Os resultados ainda não são suficientes para que normas sejam estabelecidas. A infusão de drogas e nutrição pelo catéter podem estar associadas, porém ainda não existem estudos randomizados demonstrando esta relação. Portanto, o uso de cateterismo umbilical pode estar relacionado à patogênese da enterocolite necrosante, porém mais estudos devem ser realizados para corroborar essa hipótese. A medida mais importante é a prevenção da prematuridade, pois 80 a 90% das crianças doentes são de recém-nascidos de baixo peso.

RELAÇÃO ENTRE ESTRIDOR E MALFORMAÇÕES DAS VIAS AÉREAS - RELATO DE CASO

Anna Cristina Silvestri, Sheila Rampazzo Luz, Suelen do Carmo Vieira, Andréia Ceccatto

Universidade Positivo – Curitiba - PR

Um vasto número de doenças pode ser responsável por desconforto respiratório alto na criança, sendo o estridor o sintoma mais frequente. A incidência é maior em recém-nascidos e lactentes. Em crianças menores de um ano, as principais causas de estridor são congênicas, sendo a mais comum a laringomalácia, seguida da estenose subglótica e a paralisia de cordas vocais. Metade dos pacientes com estenose subglótica congênita possui episódios sobrepostos de infecções de vias aéreas superiores, principalmente pneumonia. No entanto, apresentam resposta eficiente ao tratamento clínico, casos graves necessitam de entubação traqueal, podendo causar mais edema do espaço subglótico e necessidade de traqueostomia. As manifestações clínicas surgem nos 10 primeiros dias de vida, com evolução benigna e autolimitada, mas podem produzir episódios de apnéia, cor pulmonale e deficiências de desenvolvimento. A resolução dos sintomas ocorre até os 18 meses de idade e o tratamento em geral é conservador. A cirurgia se restringe a um grupo pequeno de pacientes severos. As estenoses adquiridas são causadas por entubação traqueal ou trauma laríngeo como ingestão cáustica, complicações cirúrgicas, doenças granulomatosas e tumorais, requerem tratamento mais agressivo e em longo prazo. O objetivo do estudo é descrever os principais diagnósticos e comorbidades associadas para o estridor e discutir a necessidade de exames complementares. Apresentamos o caso de uma paciente de 5 meses do sexo feminino, que apresentava desde o nascimento estridor, choro débil e cansaço às mamadas. Aos 43 dias de vida com dificuldade respiratória necessitou de cuidados intensivos, realizou uma nasolaringoscopia que diagnosticou estenose subglótica. Optou-se por tratamento clínico. Porém aos 5 meses de idade apresentou insuficiência respiratória aguda, sobreposto a pneumonia, realizado várias tentativas de entubação orotraqueal sem sucesso, optado por traqueostomia. As anomalias congênicas das vias aéreas representam a maior causa de estridor em recém-nascidos e lactentes. Se o estridor é de evolução gradual, a etiologia mais prevalente é a congênita, geralmente a causa são membranas laríngeas ou estenose subglótica. As anormalidades das vias aéreas podem ser encontradas isoladas, múltiplas malformações ou na presença de comorbidades, como prematuridade, síndromes congênicas, hipertrofia de adenóides e refluxo gastroesofágico. A avaliação inicial deve ser precoce para determinar a gravidade do caso, exames como radiografias lateral de pescoço, fluoroscopia, esofagograma baritado podem ser esclarecedor, mas os resultados não são definitivos e conclusivos como os da nasofaringolaringoscopia. A presença de comorbidades é frequente e pode auxiliar na seleção dos pacientes que necessitam de exame endoscópico.

RELAÇÃO ENTRE MÊS DE NASCIMENTO E ASMA

Carla Dorgam Aguilera, Nelson Augusto Rosário Filho, Hevertton Luiz Bozzo Silva dos Santos, Carlos Antonio Riedi, Herberto José Chong Neto, Gabriele Lima Cardoso Westphal, Karine Takizawa, Raisa Virgínia de Sena Souza, Alexandre Miyaki, Leandro Britto
Hospital de Clínicas – Universidade Federal do Paraná - Curitiba

Ainda não há consenso quanto à influência da sazonalidade dos alérgenos no mês de nascimento sobre a asma. Verificamos a relação entre mês de nascimento, sensibilização a aeroalérgenos e gravidade da asma. Foi realizada análise retrospectiva de dados do prontuário padronizado de primeira consulta de 1549 crianças, idade entre 0 e 14 anos, com diagnóstico de Asma Persistente pelos critérios sugeridos no Global Initiative for Asthma (GINA), atendidas no período de Janeiro de 2001 a Janeiro de 2006 em em serviço ambulatorial de Imunoalergologia Pediátrica do Hospital de Clínicas do Paraná. Foram coletados dados sobre gênero, idade na primeira consulta, gravidade da asma, mês de nascimento e positividade de testes cutâneos alérgicos. O teste cutâneo alérgico foi realizado com alérgenos locais comuns - *Dermatophagoides pteronyssinus* (Dp) e *Lolium perenne* (Lolium) - e foi considerado positivo se a pápula tivesse diâmetro = 3 mm. Entre os pacientes, 912 (58,9%) eram do gênero masculino, 604 (39%) tinham asma leve, 830 (53,6%) moderada e 115 (7,4%) grave, 1378 (89%) eram de moradia urbana e 92 (5,9%) de rural. A média da idade foi de $4,3 \pm 3,4$ anos e a mediana de 3,3 anos. Em relação à distribuição dos pacientes de acordo com o mês de nascimento, não houve maior prevalência de asma em nenhum mês. A distribuição de diagnóstico de asma por mês ao longo do ano também foi homogênea quando estratificada de acordo com a idade na primeira consulta. Houve frequência maior de casos de asma leve e moderada de nascidos em janeiro, 69 (11,4%) e 81 (9%) respectivamente, e de asma grave de nascidos em dezembro, 16 (13,9%), porém a variação não foi expressiva. Mil duzentos e quarenta e nove (80,6%) pacientes realizaram testes para Dp e 607 (39,2%) para Lolium. Desses, 697 (55,8%) eram Dp positivo, sendo 611 maiores de dois anos, e 116 (18,1%) Lolium positivo, com 66 indivíduos maiores de cinco anos. Não houve influência do mês de nascimento na sensibilização, mesmo estratificando de acordo com a idade do paciente no dia do teste. Frente a tais resultados, entendemos que não há relação entre o mês de nascimento e a sensibilidade a aeroalérgenos ou a gravidade da asma neste grupo.

RELATO DE CASO: HIPOTIREOIDISMO CONGÊNITO

Mariana Digiovanni, Fernanda Matie Kinoshita Ueda Rocha, Rubens Kliemann, Evanguelia Athanasio Shwetz
Serviço de Neonatologia do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba - PR

Introdução: Hipotireoidismo congênito (HC) é o distúrbio endócrino congênito mais frequente (1:3000 a 1:7000 nascidos vivos). A maioria nasce assintomática, sendo apenas 5% com algum sintoma ao nascimento. O exame clínico isolado tem valor limitado, antes da triagem do hipotireoidismo, somente 30 a 60% eram diagnosticadas antes dos três meses. Relato do caso: 24 anos, GIII/CI/AI, doença hipertensiva específica da gestação, evoluiu com síndrome HELLP, realizado interrupção da gestação. Cesárea, 885g, Parkim 33 semanas, feminino, Apgar 5/7, necessitou de ventilação com pressão positiva, fez hipoglicemia ao nascimento. Ao exame hérnia umbilical e fontanelas amplas. Necessitou transfundir de plaquetas antes de 48 horas. No 14º dia de vida, reoleta do teste do pezinho por haver transfundido antes e TSH aumentado. Coletado TSH do sangue periférico >100 (0,35-4,94) e T4 livre 0,59 (0,7-1,48), reoletado novo teste de triagem e iniciado tratamento com L-tiroxina 10mcg/kg. Resultado do segundo teste de triagem TSH 200. Após três semanas de tratamento realizado controle com TSH 0,35 (0,35-4,94), T4 livre 1,51 (0,7-1,48). Alta com 49 dias, peso 1740g, bom ganho de peso, seio materno. Discussão: O HC, como observado no caso relatado, é geralmente assintomático. Sendo assim, diagnóstico clínico do hipotireoidismo no período neonatal é raramente feito ao nascimento. Este caso foi relatado para enfatizar a importância do teste de triagem neonatal para diagnóstico precoce, tratamento em tempo adequado a fim de evitar consequências graves. Sabemos que HC representa uma das causas mais frequentes de retardo mental, que pode ser prevenida com diagnóstico precoce e tratamento adequado.

RELATO DE CASO: SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

Amanda Budant Kliemann, Mariana Digiovanni, Gilberto Pascolat, Maurício Marcondes Ribas
Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (Huec), Curitiba - PR

Introdução: A síndrome de Guillain-Barré (SGB) é a principal causa de paralisia flácida aguda nos pacientes pediátricos. Geralmente está associada a um quadro pós-infeccioso. Relato do caso: Feminino, oito anos, deu entrada no hospital relatando episódios de vômitos há uma semana que haviam cessado há quatro dias, dor importante nos membros inferiores, com piora progressiva, evoluindo para dificuldade de deambular. No exame físico de entrada estava sonolenta, FC 96, 36,1°C, em regular estado geral, hipocorada, hidratada, dor nos membros inferiores bilaterais, sem edema de articulações ou sinais inflamatórios, sem sinais meníngeos. Dois dias após internamento apresentou piora com hipotonia, dor, fraqueza e diminuição dos reflexos tendíneos nos membros inferiores, iniciou com comprometimento dos membros superiores (dor, diminuição da força e reflexos) e fala anasalada. Realizado liquor que apresentou proteínas aumentadas sem aumento da celularidade. No terceiro dia de internamento iniciou com disfagia para sólidos, não movimentava os membros inferiores e arreflexia, dificuldade de movimentar os membros superiores com hiporreflexia, piora da fala e disfagia. Neste mesmo dia iniciado imunoglobulina humana venosa. Evoluiu para insuficiência respiratória e intubação orotraqueal. Após 3 dias do início da medicação foi extubada, com muito esforço respiratório e paralisia flácida generalizada. Retorno da força gradualmente nos membros superiores ainda com arreflexia. No décimo dia de internamento mobilizava pouco melhor os membros, porém ainda não deambulava. Com 11 dias, alta com acompanhamento ambulatorial. Deambulou após um mês e os reflexos dos membros inferiores ainda estavam diminuídos. Discussão: O relato acima é uma forma clássica da SGB que cursa com paralisia flácida. A literatura cita como sintoma inicial mais comum dor em membros inferiores. Artigos relacionam evolução acelerada mais o envolvimento respiratório com prognóstico ruim, porém outros citam que o paciente pediátrico mesmo com comprometimento respiratório tem um bom desfecho em comparação aos pacientes adultos com mesma doença. A importância deste relato está em reconhecer a história clínica da SGB para realizar um diagnóstico precoce e poder instituir medidas modificadoras do curso da doença como a imunoglobulina humana venosa.

RELATO DE CASO: VIRILIZAÇÃO POR TUMOR DE CÓRTEX ADRENAL

Adriana Rochembach Carneiro, Juliana Olavo Pereira, Maria Gabriela de Aguiar Moreira Garbelini, Cesar Cavalli Sabagga
Universidade Positivo - Curitiba - PR

Introdução: Tumores adrenocorticais podem ser encontrados em qualquer idade, porém apresentam pico de incidência bimodal (<1-10 e 50-60 anos). Apesar da baixa incidência mundial, nas regiões sul e sudeste do Brasil os índices são 10 a 15 vezes maiores. O quadro clínico pode incluir sinais e sintomas de virilização e hipercortisolismo. O prognóstico depende do diagnóstico precoce, do tamanho do tumor e de ressecção cirúrgica total, mas muitos pacientes tem diagnóstico tardio, com doença avançada.

Objetivo: Relatar um caso de virilização devido a tumor de suprarrenal com diagnóstico tardio.

Relato do Caso: A.J.S.M., feminina, 3 anos, encaminhada ao Hospital Pequeno Príncipe (HPP) para correção cirúrgica de hipertrofia de clitoris após avaliação inicial em sua cidade de origem por meio de ecografia pélvica, dosagem sérica de estrona, estradiol, progesterona e determinação de cariótipo. Paciente com história de clitoridomegalia desde o nascimento. Aos 2 anos evoluiu com aceleração do crescimento, pilificação genital e axilar, odor corporal apócrino, pele oleosa e acneica, alteração no timbre da voz, irritabilidade e agressividade. O exame físico de admissão no HPP evidenciou hipertensão arterial, 110,5cm de altura, estadios de Tanner M1P3 e genitália com phallus ~3,8cm. Exames complementares demonstraram idade óssea de 7 anos, 17OH-progesterona de 19,6ng/ml, androstenediona >10ng/ml, testosterona de 770ng/dl, DHEA-S >1500µg/d.l. Ultrassom de retroperitônio mostrou massa hipocogênica, heterogênea, mal delimitada, em topografia de loja suprarrenal esquerda, confirmada pela tomografia computadorizada. Foi realizada exérese total do tumor, de 225 gramas, que ao anatomo-patológico evidenciou necrose, invasão capsular e vascular. A paciente apresentou recidiva da doença 8 meses após a cirurgia.

Discussão: A abordagem inicial dos casos de pubarca precoce deve ser realizada através de anamnese, radiografia de punho para determinação do avanço da maturação óssea e perfil hormonal androgênico básico. O diagnóstico diferencial de tumor de suprarrenal acaba sendo frequentemente esquecido por sua raridade, entretanto, devido à sua maior incidência em nosso meio,

essa hipótese não pode deixar de ser levantada. Este fato não ocorreu com a paciente, que apresentou um prognóstico mais reservado devido ao atraso diagnóstico e inadequação da abordagem inicial.

Conclusão: A elucidação diagnóstica precoce permite que a exérese total do tumor seja realizada em fases iniciais da doença, aumentando muito as chances de cura. Por esse motivo, é de extrema importância que os profissionais de saúde saibam reconhecer situações em que esta hipótese diagnóstica deva ser levantada, possibilitando que a conduta adequada seja iniciada precocemente.

RELATO DE CASO: DOENÇA DE KAWASAKI E SUAS DIFICULDADES DIAGNÓSTICAS

Alessandra Guimarães, Ana Paula Minguetti, André Luis David, Eduardo Miranda Zocunelli, Flávia Marques, Michelle Stoppa Castro, Odirlei João Titon

UNIVERSIDADE POSITIVO – Departamento de Pediatria

Introdução: A doença de Kawasaki (DK) caracteriza-se como uma vasculite autolimitada febril aguda, sendo a primeira causa de vasculite na infância, com discreta predominância do sexo masculino. Acomete vasos de pequeno e médio calibre, com maior comprometimento das artérias coronárias. O diagnóstico da doença é um desafio e exige alto grau de suspeição, uma vez que não existem exames específicos ou característica patognomônica para esta patologia. Utiliza-se, portanto, junção de critérios clínicos para elaboração do diagnóstico correto. As manifestações clínicas não necessitam estar presentes simultaneamente. Suas complicações cardíacas podem ser severas, progressivas e permanentes, estando a mortalidade diretamente relacionada a ocorrência das mesmas. Podem ocorrer semanas ou meses após o desaparecimento dos sinais e sintomas, recomendando-se desta forma, acompanhamento a longo prazo com eletrocardiograma e ecocardiograma. **Objetivo:** relatar uma patologia de difícil diagnóstico e de ocorrência rara. **Relato do Caso:** L.P.A., masculino, 1 ano e 7 meses. Iniciou com febre alta irritabilidade, choro constante e linfonodomegalia cervical esquerda 7 dias antes do internamento. Diagnosticou-se amigdalite bacteriana, tratada com antimicrobiano e sintomáticos. Evoluiu com edema de mãos e pés, hiperemia ocular e “rush” cutâneo, sendo realizada substituição do antibiótico, porém sem alteração do quadro clínico. Admitida no hospital em regular estado geral, presença de placas urticariformes, eritematosas e confluentes disseminadas pelo corpo, hiperemia conjuntival, lingual e labial, além de fissuras e descamação do mesmo. Apresentava ainda edema em mãos, pés e perna. Apresentava alteração nas provas de atividade inflamatória e leucocitose sem desvio à esquerda. Devido a suspeita de doença de Kawasaki (DK), o paciente foi submetido ao ecocardiograma, o qual apresentava boa função sistólica e dilatação da coronária esquerda (3,5mm) com paredes refringentes. Imediatamente foi iniciado AAS e imunoglobulina. Evoluiu com boa resposta clínica, recebendo alta hospitalar seis dias após o diagnóstico. **Discussão:** O paciente com DK tende a se consultar em vários serviços até o diagnóstico conclusivo e apresentar em cada um deles sinais e sintomas variados. Em estudo realizado por brasileiros apenas 21,4% dos pacientes receberam o diagnóstico no primeiro atendimento. Apesar dessa dificuldade o diagnóstico precoce é essencial para se diminuir o número de seqüelas e mortes de origem cardíaca. O tratamento preconizado na literatura consiste em dose única de imunoglobulina humana de 2g/kg somado ao ácido acetilsalicílico de 80 a 100 mg/kg/dia nos quatro primeiros dias, seguido de posterior redução para 5 a 10 mg/kg/dia. **Conclusão:** A DK é uma importante doença pediátrica que representa um desafio para o diagnóstico. Devendo-se suspeitar em crianças menores de seis meses que se apresentem com febre prolongada mesmo com os demais critérios diagnósticos incompletos. A precocidade do diagnóstico correto é importante, pois evita as graves sequelas cardíacas se o tratamento correto for instituído.

SINDROME DE GUILLAIN BARRÉ COM SOROLOGIA POSITIVA PARA DOIS AGENTES

Ana Paula Minguetti Zanelato, André Luis David, Eduardo Gabriel Miranda Zocunelli, Michelle Stoppa Castro, Odirlei João Titon

Orietador: Dr. Vitor Costa Palazzo

Universidade Positivo – Curitiba PR

Introdução: Síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma polineuropatia desmielinizante inflamatória aguda progressiva, simétrica com fraqueza muscular ascendente, paralisia flácida, hipo ou arreflexia, com ou sem sintomas sensoriais / autônomos. Incidência anual é de 0,5-1,5/100.000 indivíduos pediátricos. Agentes etiológicos mais comuns: *Campylobacter jejuni*, Citomegalovírus, Epstein – Bahr e Herpes vírus. O diagnóstico é clínico. Análise do liquor demonstra dissociação albuminocitológica. A fisiopatologia da SGB ainda se desconhece, porém admite-se que antígenos bacterianos ou virais desencadeiem respostas imunológicas cruzadas, gerando desmielinização. O tratamento é com imunoglobulina EV. **Relato de caso:** L.V.S; 3 anos e 1 mês com dor em MMII, sem deambular, fraqueza simétrica e ascendente. Sem diurese. Exame neurológico: pares cranianos normais, restrito ao leito, não sentava, sustentava a cabeça com dificuldade. Movimentava MMSS contra a gravidade, força dos MMII grau 0, sensibilidade dolorosa preservada, reflexo cutâneo-abdominal ausente; ROT patelar e Aquileu ausentes bilateral; triplantar, bicipital, estilradial presentes +/4+; reflexo cutâneo plantar indiferente. Presença de “bexigoma” e HAS. Exames laboratoriais: LCR, hemograma, enzimas hepáticas, uréia, creatinina, potássio e parcial de urina normais. RNM com espessamento de raízes dorsais e ventrais e realce da duramater, em coluna torácica baixa, coluna lombar e cauda equina. Iniciado imunoglobulina humana 400 mg/kg/dia em UTI. Nova coleta de LCR no 7º dia de internamento confirmou dissociação albuminocitológica. Evoluiu com infecção do trato urinário. Solicitado sorologia para herpes vírus tipo I e II, Epstein Bahr vírus, Citomegalovírus e Toxoplasmose. Resultado reagente para herpes vírus tipo I e II e EBV. Alta hospitalar com aceitação alimentar per os, força grau III em MMSS, grau zero e arreflexia em MMII, CA presente, CP indiferente e pressão arterial estabilizada. **Discussão:** Paciente com quadro clínico sugestivo de SGB. Primeira coleta com LCR normal não afasta a hipótese de SGB. O RNM de coluna total com espessamento de raízes dorsais e ventrais e realce de duramater condiz com bibliografia. Segundo a literatura a SGB normalmente é desencadeada por apenas um agente etiológico, sorologias positivas para dois agentes é raro. ITU foi uma complicação clínica, que ocorre em 30% dos pacientes. Verificou-se progressão rápida dos sintomas, quadriplegia, este, importante fator preditivo para tempo de recuperação motora prolongada. A mortalidade varia de 2 a 12% e incapacidade permanente 15%. **Conclusão:** SGB é uma polineuropatia normalmente causada por um agente etiológico; sorologias positivas para dois agentes é raro.

SÍNDROME DE LEMIERRE EM PRÉ-ESCOLAR – UMA “DOENÇA ESQUECIDA” EM UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA

Alessandra Klosowski Calixto, Mariana Digiovanni, Fernanda Matie Kinoshita Ueda Rocha, Gilberto Pascolat
Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC) – Curitiba – PR

Introdução: A Síndrome de Lemierre é caracterizada por infecção bacteriana anaeróbica em região de cabeça e pescoço, evolui para tromboflebite da veia jugular interna e metástases sépticas a órgãos à distância, geralmente para os pulmões. O sítio mais comum é a orofaringe. É uma entidade clínica rara, com uma frequência de 0,8 habitantes/milhão. Relato do caso: Feminina, cinco anos, previamente hígida, há dois dias dor na região mandibular esquerda, evoluiu com odinofagia, dor tórax direito, dispnéia e febre. Na entrada estava em regular estado geral, hipocorada, afebril, taquicárdica e taquipnéica. Apresentava esforço respiratório importante e ausculta pulmonar com murmúrio vesicular diminuído à direita. Aumento de volume em região mandibular esquerda. Gasometria arterial com hipóxia. Rx Tórax: consolidação pulmonar multifocal à direita e basal à esquerda. Ecografia de tórax com derrame pleural em hemitórax direito de 8mm. Diagnóstico inicial de pneumonia com derrame pleural. Realizado nova ecografia de tórax com três dias de evolução com piora do derrame pleural (15mm). No quarto dia de internamento observado trismo, realizado ecografia da face região mandibular esquerda que evidenciava imagem hipocóica líquida e sólida com pontos ecogênicos na região da bochecha à esquerda anteriorizando o masseter, sugestivo de abscesso, adenomegalia cervical à esquerda, linfonodo intraparotídeo reacional. Ecodoppler colorido de veia jugular interna demonstrou trombose parcial em veia jugular interna esquerda e presença de abscesso em ângulo da mandíbula no subcutâneo. Na evolução apresentou retorno da febre e flutuação do abscesso, associado metronidazol e realizado drenagem do abscesso. Cultura de secreção positiva para *Streptococo*. Recebeu alta no décimo quarto dia de internamento. Retornou para debridamento da lesão de face devido à fasciíte necrotizante por *estreptococo*. **Discussão:** A Síndrome de Lemierre é caracterizada por septicemia a partir de infecção de cabeça e pescoço, complicada com tromboflebite da veia jugular interna e embolização, sendo os locais mais frequentemente acometidos os pulmões e pleura (95% dos casos). O sítio mais comum é a faringe, podendo evoluir de uma infecção odontogênica como no caso descrito. A etiologia é geralmente *Fusobacterium necrophorum* (81%) porém alguns patógenos como *Streptococcus* SP, apesar de raro, tem descrição na literatura. A Síndrome de Lemierre ocorre em adolescentes e adultos jovens, previamente hígidos, existindo casos descritos em adultos, no entanto, não foi encontrado na literatura relato em pré-escolar. O presente relato destaca-se tanto pela raridade da patologia descrita, como também pela faixa etária e evolução singular. Se não tratada tem elevada mortalidade.

SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON – CASO CLÍNICO E ATUALIZAÇÃO DA LITERATURA

Duane Rodrigues Batista, Milena Lima de Sá, Ariane Sayuri Tamura, Vitor Costa Palazzo e Marina Hideko Kinoshita Assahide
Universidade Positivo – Hospital Pequeno Príncipe - Curitiba/PR

I.C., 14 anos, feminino, iniciou hiperemia conjuntival, lacrimejamento, fotofobia, irritabilidade e sensação de ‘areia’ em ambos olhos 2 dias antes sendo diagnosticado conjuntivite. Evoluiu em 1 dia com saída de secreção purulenta e edema periorbitário, surgindo também lesões bolhosas associadas à manchas vermelhas em todo o corpo, edema de língua e boca progressivos com dificuldade respiratória. Devido à piora dos sintomas, deu entrada no Hospital Pequeno Príncipe. Há 3 semanas estava em acompanhamento com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) devido uso de drogas ilícitas, sendo prescrito fluoxetina e carbamazepina para controle da ansiedade. No exame físico de admissão no HPP estava em regular estado geral, pele com pápulas hiperemiadas que desapareciam à digitopressão em todo corpo e bolhas em tronco e face, hiperemia conjuntival bilateral associada à lacrimejamento e, na oroscopia, lábios hiperemiados, fissurados, exantema em mucosa oral e angioedema. Nos exames complementares não foram encontradas alterações, excluindo outras causas. Passou-se a considerar o diagnóstico de Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) e imediatamente foram suspensas a carbamazepina e a fluoxetina e iniciadas medidas de suporte básico. Evoluiu com melhora progressiva das lesões e, sem sinais e sintomas clínicos de piora do quadro, recebeu alta hospitalar em 16 dias. A SSJ é uma reação de hipersensibilidade muco-cutânea grave relacionada principalmente a drogas e, menos frequentemente, a infecções. Induz a apoptose das células da epiderme e/ou atrai efetores citotóxicos, provocando as lesões. Não existem exames que confirmem seu diagnóstico, a única característica é a própria clínica do paciente. Se não acompanhada adequadamente, pode trazer inúmeras seqüelas e inclusive a morte. Reações cutâneas fatais a drogas ocorrem em 0,1% dos pacientes clínicos e 0,01% dos pacientes cirúrgicos. Acredita-se que a prevalência nacional varie de 1,2 a 6 por milhão de habitante/ano de SSJ e que 10% dos casos são crianças. A principal classe de drogas é a dos anticonvulsivantes; antibióticos, benzodiazepínicos, antiinflamatórios e infecções (em especial por *Mycoplasma pneumoniae*) são também considerados de risco. O uso de imunoglobulina parece promissor. O tratamento deve ser feito no mínimo por 3 dias, porém devido seu alto custo, não é usado de rotina, apesar de estudos mostrarem maior rapidez na cessação das lesões. O uso de esteróides parece não alterar o curso clínico, podem ser usados nas primeiras 24 horas, este período podem retardar a epiteliação, aumentar o catabolismo protéico, além de aumentar o risco de infecções. A rapidez da suspeita diagnóstica e do suporte básico são os principais fatores para um melhor prognóstico.

SÍNDROME HEMOLÍTICO-URÊMICA ASSOCIADA À DIARRÉIA: RELATO DE CINCO CASOS

Deborah Tockus, Paulo Ramos David João
Universidade Positivo (UP) – Curitiba/PR

Introdução: A síndrome hemolítico-urêmica (SHU) caracteriza-se por anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e insuficiência renal aguda (IRA). A SHU associada à diarréia (D+) é a mais comum, principalmente entre 6 meses e 4 anos de idade. Houve um aumento do número de casos e essa entidade clínica tornou-se muito conhecida entre nefrologistas pediátricos do sul do Brasil. Relato dos casos: Entre 18 de novembro de 2007 e 16 de janeiro de 2008 foram recebidos 5 casos de SHU em um hospital infantil de Curitiba. Todos eram da região metropolitana ou do interior do Paraná e, com exceção de um, tiveram remissão completa do quadro. Para os 5 casos foi administrado antibioticoterapia, embora sem diagnóstico etiológico estabelecido. Caso 1: paciente feminino, 1 ano e 5 meses. Diarréia sanguinolenta há 7 dias, anúria há 5 dias, crise convulsiva (CC) tônico-

clônica há 3 dias. Admissão: anasarca, hipertensão (HAS), IRA, anemia, plaquetopenia (14.000) e acidose metabólica (AM), com 10,9% de reticulócitos. Internada por 33 dias, sendo 29 em UTI. Fez diálise peritoneal (DP) por todo o período, transfusões de hemácias e plaquetas, plasma fresco, albumina, drogas vasoativas e anticonvulsivantes. Piorou progressivamente, evoluindo para óbito. Caso 2: paciente feminino, 1 ano e 11 meses. Diarréia sanguinolenta há mais de 7 dias, evoluindo com anúria e anasarca. Internamento: IRA, anemia, AM e alteração das provas de coagulação. Permaneceu 11 dias em UTI, necessitando de anti-hipertensivo. Alta após 16 dias de internamento. Caso 3: Paciente feminino, 1 ano e 2 meses. Diarréia sanguinolenta, anúria e 1 CC generalizada. Admitida em anasarca, com diminuição do nível de consciência, má perfusão, IRA e HAS. Apresentava anemia, plaquetopenia (96.000) e AM. Internada por 20 dias, sendo 16 em UTI. Necessitou de transfusões de hemácias, anticonvulsivantes e DP. Caso 4: paciente feminino, 9 meses. Vômitos, febre e diarréia há 2 dias e 1 CC. Recebida em IRA, anemia, AM, plaquetopenia (55.000) e reticulocitose (2,7%). Em UTI por 20 dias, chegando a hipercalemia de 7,9, com necessidade de transfusão de hemácias. Após 24 dias recebeu alta. Caso 5: Paciente feminino, 1 ano e 6 meses. Há 3 dias com febre, diarréia sanguinolenta, oligúria e edema. Admitida com anemia, plaquetopenia (62.000), AM e IRA. Completou 19 dias de DP e necessitou de 2 transfusões de hemácias. Após 24 dias, sendo 15 em UTI, recebeu alta. Motivos da apresentação: Vários casos de SHU em um curto espaço de tempo não são admitidos com frequência neste hospital. Discussão: Os achados clínicos e laboratoriais são compatíveis com a SHU D+ típica, assim como a faixa etária e o prognóstico. Conclusão: Achados são compatíveis com SHU D+ típica.

SINTOMAS OCULARES SÃO PREVALENTES EM ASMÁTICOS ATÓPICOS

Raisa Virginia de Sena Souza, Nelson Augusto Rosário Filho, Hevertton Luiz Bozzo Silva dos Santos, Carlos Antonio Riedi, Herberto Chong Neto, Gabriele Lima Cardoso Westphal, Karine Takizawa, Carla Dorgam Aguilera, Alexandre Miyaki, Leandro Britto

Universidade Federal do Paraná - Curitiba

Introdução: sabe-se que a asma tem como uma de suas comorbidades a rinoconjuntivite, entretanto, a prevalência apenas da conjuntivite alérgica ainda não foi determinada em asmáticos. Objetivo: o objetivo desta pesquisa foi avaliar a relação entre conjuntivite alérgica e as doenças alérgicas respiratórias. Métodos: para isso, foi realizada a análise retrospectiva de dados do prontuário padronizado de primeira consulta de 1549 crianças, idade entre 0 e 14 anos (média 4,3 anos \pm 3,4), com diagnóstico de Asma Persistente de acordo com os critérios do Global Initiative for Asthma (GINA), atendidas em ambulatório universitário especializado no período de Janeiro de 2001 a Janeiro de 2006. Uma amostra de 596 pacientes relatou a presença de prurido ocular associado ou não a lacrimajamento e/ou congestão ocular, sintomas clínicos da conjuntivite alérgica. O teste cutâneo alérgico foi realizado com alérgenos locais comuns e foi considerado positivo quando a pápula apresentava diâmetro = 3 mm. Também foram coletados dados sobre gênero, idade, história familiar consistente de asma e rinite e o diagnóstico de rinite. Resultados: de 1549 pacientes com asma persistente, apenas 260 (16,7%) não tinham nenhuma outra alergia respiratória; 1257 (81,1%) apresentavam rinite alérgica e 596 (38,5%) referiam sintomas oculares; o diagnóstico de rinite com sintomas oculares estava presentes em 564 (44,8%). O teste cutâneo alérgico foi obtido em 1249 pacientes, a maioria (697) positiva para Dermatophagoides pteronyssinus (Dp). Em asmáticos, o teste cutâneo negativo para Dp foi mais freqüente em indivíduos sem sintomas oculares ($p < 0,03$). Trezentos e noventa e quatro de 596 (66,1%) tinham história familiar positiva para asma e/ou rinite e destes, 280 (47%) tinham história materna positiva; 349/596 (58,6%) eram do gênero masculino. O prurido ocular isolado foi relatado em 208 (34,9%) crianças, enquanto que o prurido associado à lacrimação apareceu em 53 (8,9%), associado à congestão em 131 (22%) e a associação dos três sintomas foi encontrada em 204 (34,2%) pacientes. De acordo com a gravidade da asma, a freqüência de sintomas oculares foi 34,6%, 39,6% e 49,5% na asma leve, moderada e grave respectivamente ($p < 0,005$). Conclusão: a conjuntivite alérgica é uma comorbidade freqüente da asma e seu impacto tanto na rinite quanto na asma precisa ser melhor avaliado.

TESTE SEU CONHECIMENTO – LESÕES NO COURO CABELUDO

Luciana Menezes de Azevedo, Emília Schmidt Xavier, Kerstin Taniguchi Abagge, Vânia Oliveira de Carvalho, Leide Parolin Marinoni

Disciplina de Dermatologia Pediátrica do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná

Introdução – Inúmeras dermatoses podem acometer o couro cabeludo e o diagnóstico na maioria das vezes pode ser realizado pelo aspecto clínico das lesões. Objetivo – Apresentar o diagnóstico diferencial das dermatoses localizadas no couro cabeludo, de maneira interativa com os participantes do congresso. Método – apresentação de pôster com fotografias de dermatoses localizadas no couro cabeludo, cujo diagnóstico pode ser realizado pelas características clínicas das lesões. O diagnóstico de cada caso permanecerá oculto e os participantes serão convidados a opinar sobre hipóteses diagnósticas. Resultados – Tricotilomania – área de alopecia de formato bizarro com presença de cabelos de diferentes tamanhos, resultante da retirada dos cabelos pela manipulação. Alopecia Areata – dermatose de causa não determinada, associada a estresse e fenômenos auto-ímunes, caracterizada por áreas arredondadas ou elípticas sem cabelos e com couro cabeludo normal. Tinea Capitis - infecção fúngica causada pelo *Microsporum canis* que cursa com áreas de alopecia com cabelos tonsurados (medem 2 a 3mm) e descamação. Kerium Celsi - caracterizado por placa edematosa, bem delimitada, dolorosa, com pústulas e sem cabelos. Representa uma resposta inflamatória do hospedeiro contra antígenos do dermatófito envolvido e não uma infecção bacteriana secundária. Alopecia Cicatricial - não é uma doença específica, mas um padrão de diagnóstico de exclusão, no qual se deve estar atento à história clínica de trauma precedente que resulta em área sem cabelos. Nevo Sebáceo – nevo com proliferação de glândulas sebáceas, em geral presente ao nascimento, caracterizado por área de alopecia com pele espessada, amolecida e róseo-amarelada até a puberdade, quando torna-se verrucosa, espessada e papilomatosa. Aplasia Cútis - doença congênita, caracterizada pela ausência de uma parte da pele ao nascimento. Apresenta-se como lesão solitária no couro cabeludo de aspecto cicatricial. Esclerodermia em Golpe de Sabre – Forma de esclerodermia localizada que se manifesta com lesão unilateral na face e couro cabeludo. Após rápida fase de eritema e edema, ocorre esclerose e atrofia, com depressão local. Conclusão - O conhecimento de lesões elementares cutâneas tem grande importância no processo de formulação de hipóteses diagnósticas diferenciais. O contato visual do médico com a lesão do paciente é fator preponderante para a conduta do profissional.

UM DESAFIO DIAGNÓSTICO - LESÕES NO PERÍNEO

Júlia Bernart, Patrícia Medeiros, Kerstin Taniguchi Abagge, Vânia Oliveira de Carvalho, Leide Parolin Marinoni

Disciplina de Dermatologia Pediátrica do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná

Introdução – Dermatite da área das fraldas consiste em um grupo de dermatoses inflamatórias do períneo. Representa uma das queixas mais frequentes da primeira infância e engloba doenças como a dermatite irritativa primária, a psoríase, a dermatite seborréica, a candidíase, a dermatite de contato alérgica e, menos frequentemente, a dermatite atópica. Existem também as que não tem relação causal com o uso da fralda, como a acrodermatite enteropática e a histiocitose de células de Langerhans. O diagnóstico diferencial entre essas diversas lesões é possibilitado pela clínica. **Objetivo** – apresentar o diagnóstico diferencial das dermatoses localizadas na região das fraldas de maneira interativa com os participantes do congresso. **Método** – apresentação de pôster com fotografias de dermatoses localizadas na região de fraldas cujo diagnóstico pode ser realizado pelas características clínicas das lesões. O diagnóstico de cada caso permanecerá oculto e os participantes serão convidados a opinar sobre a hipótese diagnóstica. **Resultados** – Dermatite irritativa primária – lesão eritematosa, brilhante, nas regiões de maior contato com a fralda e poupa as pregas. Vários são os fatores fisiopatológicos, como hiper-hidratação, fricção, temperatura, irritantes químicos, urina e fezes. Candidíase – infecção fúngica que se manifesta como eritema difuso de cor vermelha intensa, bem delimitado, localizado nas pregas com pápulas ou vesículas satélites. Pode cursar com lesões na cavidade oral, porém estas não são obrigatórias. Dermatite seborréica – dermatose inflamatória caracterizada por placas cor salmão nas pregas inguinais, cervicais e axilares e escamas amareladas no couro cabeludo. Psoríase – dermatose com caráter genético e auto-imune desencadeada pelo fenômeno de Koebner (trauma pela fricção) e é caracterizada por lesões eritematosas, localizadas principalmente em áreas de atrito da fralda. Acrodermatite enteropática - placas eritematosas, bem delimitadas na área de fraldas, extremidades e região perioral associadas à deficiência de zinco. Dermatite do vaso sanitário - eritema e descamação nas áreas convexas de contato com o vaso sanitário, expostas a contactantes, cursando com eritema, pápulas, vesículas, edema e descamação. Histiocitose das células de Langerhans – lesões semelhantes à dermatite seborréica, porém purpúricas com eventual erosão, caracterizada pela proliferação das células de Langerhans. **Conclusão** - As lesões do períneo são prevalentes em nosso meio e fonte de desconforto para a criança. Faz-se evidente a necessidade do conhecimento dos aspectos clínicos que as caracterizam para o diagnóstico precoce e tratamento adequado.

VITILIGO NA INFÂNCIA - AVALIAÇÃO DE 233 PACIENTES PEDIÁTRICOS

Giovanna Favero Defonso, Leticia Menezes de Azevedo, Alexandre Roberto Roman Coelho, Vânia Oliveira de Carvalho, Leide Parolin Marinoni

Disciplina de Dermatologia Pediátrica do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná

Introdução – O vitiligo é caracterizado pela presença de manchas acrómicas assintomáticas adquiridas e que apresentam crescimento progressivo. Acomete 1 a 3% da população geral e causa grande impacto psicológico pelo aspecto desfigurante das lesões. Na fisiopatologia fatores genéticos, estresse e ainda a hipótese auto-imune tem sido sugeridos. Existem descrições de associação com tireoidite. **Objetivo** – Avaliar as características clínicas dos casos de vitiligo. Comparar dos dados dos pacientes atendidos no Serviço de Dermatologia Pediátrica do HC-UFPR com os casos descritos na literatura. Avaliar a possibilidade de associação de vitiligo com doença tireoidiana. **Método** – Análise retrospectiva e observacional na qual foram incluídos todos os pacientes com diagnóstico de vitiligo, atendidos no Hospital de Clínicas da UFPR no período de janeiro de 1998 a dezembro 2008, com idade inferior a 15 anos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição. Os dados foram coletados em protocolo especialmente formulado para a pesquisa. A análise dos dados foi realizada no Excel e JMP 7.0. **Resultados** – Foram avaliados 233 prontuários, 59% dos pacientes eram do gênero feminino. A idade média de início foi de 7 anos (16 meses a 15 anos), mas a forma segmentar e generalizada teve idade média de início de 5 anos. A estação do início das lesões foi prevalente nos meses de calor (59%). O acometimento nos membros ocorreu em 36%, no tronco 33%, na cabeça 30% e mais de uma localização em 33% dos pacientes. Havia lesão única em 31% dos casos, 2 a 5 lesões em 38% e mais de seis lesões em 31% dos casos. As formas clínicas localizada, generalizada, segmentar, acral e acrofacial ocorreram em respectivamente 74%, 12%, 7%, 6% e 1% dos pacientes. Havia história familiar de vitiligo em 10% dos casos. Foram avaliados pela psicologia 16% dos pacientes, e o principal motivo desta avaliação foi o problema com o aspecto estético das lesões. O tratamento instituído na primeira consulta foi psoraleno tópico em 42% dos casos e corticóide tópico em 26%. O tempo de acompanhamento médio foi de 17 meses (3 a 129 meses) em 74% dos pacientes, a repigmentação total ocorreu em 8% e parcial em 71%. A avaliação da função tireoidiana foi realizada em 45% dos pacientes, em 6 (2,5%) casos havia tireoidite, nos quais a idade de início foi de 8 anos e a forma segmentar ocorreu em 17% dos casos contra 9% nos pacientes com função tireoidiana normal. **Conclusão** – Na população estudada o vitiligo teve início aos 7 anos, o gênero feminino foi mais acometido, o início das lesões ocorreu nos períodos de calor. Houve predomínio da forma localizada, e a região mais acometida foram os membros. A repigmentação foi obtida com psoraleno tópico na maioria dos casos após longo período de tratamento. Nos casos de vitiligo com idade de início tardio e forma segmentar houve associação com tireoidite.

RESUMOS - APRESENTAÇÃO ORAL - 12/11/2009 - QUINTA-FEIRA

SEGUIMENTO DOS RECÉM NASCIDOS EXPOSTOS A HEPATITE B E C

Michele Mance, Tony Tannous Tahan, Aline Maria Gomes, Cristina Rodrigues da Cruz, Andréa Maciel de Oliveira Rossoni
Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Introdução: O seguimento de Recém Nascidos (RNs) expostos tanto à hepatite B quanto à Hepatite C maternos merece atenção especial pelo risco potencial da transmissão vertical destas doenças (hepatite B dependendo da fase e da não profilaxia podendo chegar a 95% e hepatite C com 5-10% de transmissão vertical). **Objetivos:** Avaliar o perfil dos recém nascidos atendidos no Hospital de Clínicas do Paraná quanto à transmissão vertical e o seguimento dos expostos à Hepatite B e também à Hepatite C. **Métodos:** Foram revisados os prontuários de pacientes nascidos no HC-UFPR no período de dezembro de 2006 a maio de 2009 expostos a Hepatite B ou C maternos, sendo selecionados 56 pacientes. As variáveis pesquisadas foram: dados gerais do nascimento, co-infecção pelo HIV, diagnóstico materno, diagnóstico laboratorial (marcadores das hepatites), tratamento e profilaxias instituídos. **Resultados:** Dos 56 pacientes – 33 eram expostos à Hepatite B e 23 expostos à Hepatite C. As variáveis de dados perinatais, idade materna, guarda familiar, sexo, peso ao nascimento e idade gestacional foram semelhantes no grupo das hepatites B e C. A via de parto dos expostos a hepatite C foi em 61% cesariana, contra 39% dos expostos à hepatite B. A co-infecção pelo HIV materno ocorreu em 9% do grupo Hepatite B e 39% do grupo Hepatite C. Das 33 mães do grupo Hepatite B 58% estavam em fase não replicante e 12% na fase replicante (AgHBe positivas). Em 91% dos expostos a imunoglobulina específica para hepatite B foi instituída como profilaxia. Somente uma criança do grupo Hepatite B apresentou AgHBs positivo, porém esta perdeu o seguimento. Dos 23 pacientes do grupo hepatite C, todos sororeverteram, portanto não se infectaram. Houve índice de abandono de seguimento em 33% do grupo Hepatite B e 26% do grupo Hepatite C. **Conclusões:** É muito importante que o seguimento da criança exposta tanto a hepatite B como a hepatite C seja feito, por meio de protocolos, mesmo com a realização das profilaxias e coletas de exames pós-natais, para verificar a sororeversão ou a soroconversão do paciente.

PERFIL DOS RECÉM NASCIDOS NO PRONTO ATENDIMENTO PEDIÁTRICO EM 2008

Vanessa Scoss, Eduardo Kaehler Meister, Tony Tannous Tahan, Rebeca Toassa Gomes
Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Introdução: O atendimento ao recém nascido (RN) nos serviços de emergência é sempre um desafio ao pediatra. É necessário diferenciar as alterações características da idade e também as queixas que realmente são relevantes e que remetem gravidade. Por isso é muito importante a avaliação minuciosa do RN, com dados objetivos de anamnese e exame físico para identificar os fatores de risco e sinais de alerta. **Objetivos:** Avaliar o perfil dos recém nascidos atendidos no Hospital de Clínicas do Paraná e verificar os principais dados a serem analisados no intuito de otimizar o atendimento ao RN. **Métodos:** Estudo retrospectivo e descritivo com base na revisão de fichas do Pronto Atendimento Pediátrico do Hospital de Clínicas – UFPR, no ano de 2008, sendo selecionados 180 pacientes com até 28 dias de vida. Foram analisadas procedência, a prevalência de sexo, idade, as queixas e diagnósticos mais comuns e internação. **Resultados:** Foram avaliados 180 RNs atendidos em 2008, com total de 28 internações (16%), 52,3% eram do sexo masculino e 47,7% feminino. 65% nasceram no Hospital de Clínicas e 35% eram externos. A procura de atendimentos foi semelhante na primeira, segunda, terceira ou quarta semana de vida. As principais queixas foram: icterícia (10,96%), vômito (9,6%), dificuldade para respirar (8,6%), febre (8,18%), alterações intestinais (7,01%), irritabilidade e alterações do coto umbilical (6,57%) dentre outras menos prevalentes. Os diagnósticos identificados, divididos por sistemas, foram: aparelho respiratório (20,8%), intestinal (17,6%), hígidez (16%), icterícia (12,8%) e alterações de pele e subcutâneo (8%). 50% das internações ocorreram por insuficiência respiratória aguda. **Conclusão:** Os motivos mais frequentes de consulta foram: icterícia, vômitos, dificuldade para respirar e febre. As principais causas de internação foram: IRA em 50% dos casos, febre, icterícia. A avaliação do RN deve valorizar na anamnese as queixas referidas pela família e também buscar dados objetivos da rotina do paciente, como sucção, eliminações e sono-vigília. Conhecer também a história materna, antecedentes perinatais e doenças na família além de sua condição social e concluir com exame físico detalhado. Com esses dados é possível avaliar adequadamente o RN no pronto-atendimento definindo com melhor precisão a gravidade dessa classe pediátrica tão frágil.

TOXOPLASMOSE CONGÊNITA – O TRATAMENTO NA GESTAÇÃO PROTEGE CONTRA INFECÇÃO NA CRIANÇA? ESTUDO CASO-CONTROLE

Flávia Boschetti, Andrea Maciel de Oliveira Rossoni, Cristina Rodrigues da Cruz, Tatiane Hirose, Tony Tannous Tahan
Hospital de Clínicas - Universidade Federal do Paraná (HC/UFPR)

Introdução: A toxoplasmose gestacional pode acarretar seqüelas importantes no recém nascido (RN), infectando aproximadamente 30% dos casos. A existência de inúmeros trabalhos questionando o real benefício da prevenção, diagnóstico e tratamento desta infecção foram as principais motivações para a realização deste trabalho. **Objetivos:** Analisar os casos de toxoplasmose congênita e identificar os possíveis fatores de risco para sua aquisição. **Método:** Estudo caso-controle retrospectivo descritivo, com pacientes atendidos no ambulatório de infectologia pediátrica do HC/UFPR, de janeiro de 2000 a dezembro de 2008. Casos: RN com diagnóstico de toxoplasmose congênita (IgM positivo, presença de sintomas ou persistência de IgG); controles: RN expostos à toxoplasmose aguda durante a gestação (gestante com avidez fraca, soroconversão ou, títulos de IgM maiores do que 4,0UI/ml - MEIA) e com diagnóstico de toxoplasmose congênita excluído. Aprovado pelo CEP/HC. Análise estatística: teste qui quadrado e teste exato de Fisher. Foi considerado estatisticamente significativo um p < 0,05. **Resultados:** Foram selecionados 20 casos e 20 controles. A média de idade materna nos casos foi de 21,9 anos ($\pm 5,8$ anos), 91% realizaram pré-natal (PN) em

Curitiba (média 9,7 consultas), e nos controles, idade materna foi de 23,9 anos (\pm 8,8 anos) e todos realizaram PN na capital (9,9 consultas). Em 55% dos casos o diagnóstico materno foi feito tardiamente através de sintomas no RN, enquanto no controle, todos foram durante a gestação. O tratamento foi realizado durante a gestação em 50% dos casos e em 100% dos controles ($p=0,003$). A idade gestacional (IG) não variou nos dois grupos, porém nos casos houve uma média de peso ao nascer menor ($p=0,02$) e uma percentual maior de RN pequenos para a IG ($p=0,03$). Em 75% dos casos as crianças apresentavam alteração ao exame clínico, após avaliação complementar 100% apresentavam algum sintoma. Apenas um controle apresentou sintoma (baixo peso). Manifestações clínicas mais frequentes: coriorretinite (70%), calcificações cerebrais (65%) e microcefalia (35%). Achados como anemia, icterícia, hepatomegalia ou prematuridade foram associados a um maior risco de infecção ($p<0,05$). O diagnóstico nos RN foi feito em 70% dos casos pelo IgM positivo, em 20% pela sintomatologia da criança e 10% por persistência de títulos de IgG. CONCLUSÃO: O tratamento para toxoplasmose durante a gestação é um fator protetor para a aquisição da doença. RN expostos à toxoplasmose aguda que apresentem anemia, icterícia, hepatomegalia ou prematuridade, têm risco aumentado de serem infectados. A realização de exames de complementares é fundamental na triagem de RN expostos.

APLICABILIDADE DOS TESTES DE GENOTIPAGEM EM CRIANÇAS INFECTADAS PELO HIV

Tatiane Emi Hirose, Flavia Boschetti, Tony Tannous Tahan, Andréa Maciel Oliveira Rossoni, Cristina Rodrigues da Cruz
Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR)

Introdução: O crescente número de cepas do HIV resistentes aos antirretrovirais (ARV), desenvolvidas principalmente por adesão inadequada ao tratamento, constitui desafio para a instituição de terapia antirretroviral (TARV) efetiva. Os testes de genotipagem têm por objetivo determinar a presença de mutações genéticas no HIV-1 relacionadas à diminuição de suscetibilidade aos ARV, possibilitando escolhas terapêuticas mais adequadas. **Objetivos:** analisar os testes de genotipagem de crianças infectadas pelo HIV quanto a presença de mutações e perfil de resistência aos antirretrovirais (ARV) e a resposta terapêutica virológica após troca da TARV orientada pelo método. **Método:** estudo retrospectivo e descritivo com avaliação dos prontuários de pacientes infectados pelo HIV, acompanhados no ambulatório de infectologia pediátrica do HC-UFPR e submetidos a testes de genotipagem. **Resultados:** Cinquenta e oito pacientes realizaram genotipagem, sendo 41 por falha virológica e 17 para início de tratamento (genotipagem primária). No grupo submetido à genotipagem primária a mediana de idade na época do exame foi de 11 meses. Destes, 53% foram expostos a ARV na gestação e 47% utilizaram AZT profilático no período neonatal. Mutações de resistência aos inibidores de transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (ITRN), não análogos de nucleosídeos (ITRNN) e inibidores de protease (IP) estavam presentes em 13, 1 e 16 pacientes, respectivamente. Apesar do número de mutações, estas não conferiram resistência significativa aos fármacos. No grupo de falha terapêutica, a média de idade na genotipagem foi de 9,8 anos. Esses pacientes haviam recebido uma mediana de três (variando de 1 a 10) esquemas ARV antes da realização do exame. Todos foram expostos aos ITRN, 49% aos ITRNN e 59% aos IP. Mutações de resistência aos ITRN, ITRNN e IP foram identificadas em 100%, 64% e 100% dos pacientes, respectivamente. Diferentemente do grupo de genotipagem primária, as mutações do grupo de falha terapêutica induziram a uma menor suscetibilidade a diversos ARV das 3 classes citadas. Dentre os pacientes do grupo de falha terapêutica, 64% apresentaram resposta virológica com redução da carga viral após troca de esquema baseado na genotipagem e em 69% a resposta foi sustentada. **Conclusão:** Os pacientes do grupo de genotipagem primária apresentavam mutações de resistência, sem redução de sensibilidade aos ARV, ao contrário do grupo de falha terapêutica. A maioria dos pacientes que realizou troca terapêutica baseada na genotipagem apresentou resposta. A genotipagem constitui-se em importante instrumento na detecção de mutações de resistência, possibilitando início de terapia e trocas terapêuticas mais eficazes.

MENINGITE BACTERIANA AGUDA NA INFÂNCIA: COMPLICAÇÕES E SEQUELAS NEUROLÓGICAS

Ariane Tiekko Frare Kira, Sérgio Antonio Antoniuk, Fátima Hamdar, Renata Dal-Prá Ducci, Mônica Nunes Lima Cat, Cristina Rodrigues da Cruz

Hospital de Clínicas, Serviço de Neuropediatria e Infectologia Pediátrica, Curitiba – PR

As meningites bacterianas agudas (MB) representam uma das dez principais causas de morte relacionadas à infecção no mundo e particularmente entre as crianças. Com o objetivo de descrever os achados etiológicos, epidemiológicos e clínico-evolutivos de complicações na fase aguda e as sequelas neurológicas causadas pela meningite bacteriana em nosso meio, foi realizado um estudo descritivo e retrospectivo no qual foram analisados 44 prontuários de crianças com idade de um mês a 14 anos que foram internadas no Hospital de Clínicas - UFPR no período entre 2003 e 2006 com MB de etiologia definida. Para a confirmação dos agentes etiológicos foram utilizados o exame do líquido (bacterioscopia, látex e cultura) e hemocultura. Das 44 crianças, 28(63.3%) eram do sexo masculino e a mediana encontrada das idades foi de 40 meses (2-145). Na avaliação clínica do internamento 29(65.9%) tiveram alteração no nível de consciência, 27(61.3%) apresentaram rigidez de nuca, 10(22.7%) crises convulsivas, 39(88.6%) referiram febre, 21(47.7%) cefaléia, 37(84%) vômitos e 14/28(50%) possuíam temperatura maior que 37,8°. Na análise hematológica, a mediana foi de 14350 (2500-36610) para nº de leucócitos totais e para plaquetas a média foi de 272354,5 (\pm 132231,8). No exame de líquido houve predomínio na porcentagem de polimorfonucleares com média de 80,6 (\pm 18,3), para proteínas a mediana foi de 159,8 (17-1220), e glicose 13(0-177). Para diagnóstico etiológico, a bacterioscopia em 25(56.8%), e cultura em 31(70.4%) foram positivas. O agente predominante foi *Neisseria meningitidis* 25(56.8%), seguido por *Streptococcus pneumoniae* 17(38.6%), identificados por bacterioscopia em 25(56.8%) e cultura em 31 (70.4%). Houve predomínio da infecção em crianças abaixo de 1 ano e entre 3 e 10 anos. A TAC de crânio foi normal em 52.6% dos pacientes (10/19). Dezesete (38.6%) tiveram complicações agudas, sendo crise convulsiva em 14(31.8%), a mais comum. Complicações tardias ocorreram em 14(31.8%), destacando agressividade/irritabilidade em 8 (18.1%), atraso do desenvolvimento neuropsicomotor em 6(13.6%) e 5(11.3%) com epilepsia. Observou-se neutrofilia e proteinorria aumentada em pacientes com complicações agudas e tardias, que se mostraram mais frequentes abaixo de 3 anos sendo 11/17(64.7%) e 8/14(57.1%) respectivamente. Todos os pacientes com complicações tardias apresentavam anormalidades na TAC. Dois pacientes foram a óbito. Conclui-se que os achados clínicos e laboratoriais nas MB estão em concordância com os descritos na literatura e as complicações agudas e sequelas são frequentes.

COBERTURA VACINAL NO ESTADO DO PARANÁ NOS ANOS DE 2000 E 2006

Bianca Cesário Cavichiolo, Camila dos Santos de Araujo, Catarina de Marchi Assunção, Tatiana Teresinha Hampel

Universidade Positivo – Curitiba – PR

Sabe-se que o país tem alcançado objetivos significativos na erradicação de doenças graças ao uso de vacinas para preveni-las. O calendário básico de vacinas atual no Brasil constitui-se de vacina BCG-ID, poliomielite, hepatite B, Haemophilus influenza b, febre amarela (em áreas de risco), tríplice viral (rubéola, caxumba e sarampo), dupla bacteriana tipo adulto (dT), influenza e pneumococos (idosos). A intenção desse levantamento foi de verificar a eficácia da cobertura vacinal no estado do Paraná, atentando para a situação de cada regional quanto às doenças específicas constantes do calendário vacinal. Busca-se também comparar a evolução da vacinação no Estado do Paraná no início do século XXI. Neste estudo observacional do tipo transversal, foram coletados dados de vacinação em menores de um ano de idade. Essa amostra foi obtida dos municípios paranaenses, para comparação do ano de 2006 com o de 2000. Os dados municipais estão agrupados pelas regionais de saúde do estado. As taxas das coberturas vacinais, de cada uma das vinte e duas regionais, foram fornecidas pela Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. As taxas das coberturas vacinais utilizadas neste estudo foram calculadas a partir da cobertura vacinal em menores de um ano/100/número de nascidos vivos no ano avaliado. A criança só é considerada vacinada a uma determinada doença após a terceira dose. Segundo o calendário básico de vacinação da criança, avaliamos a cobertura vacinal das vacinas BCG, hepatite B, Poliomielite e a Tetravalente nos anos de 2000 e 2006. Coletamos também dados sobre as taxas de cobertura vacinal nos vinte e seis estados brasileiros mais o Distrito Federal no ano de 2004 das vacinas BCG, Tetravalente, Poliomielite e Hepatite B, para que pudéssemos comparar o desempenho do estado do Paraná em relação aos outros estados da federação. Ao compararmos a taxa de cobertura da vacina BCG no ano de 2000 e no ano de 2006 verificamos que a taxa de cobertura vacinal diminuiu em 15 das 22 das regionais de saúde do estado do Paraná. Em contrapartida a taxa de cobertura vacinal da Hepatite aumentou, e em alguns casos significativamente, em 16 das 22 Regionais de Saúde. A taxa de cobertura vacinal da Poliomielite aumentou em 14 das 22 regionais de saúde. Não foi realizada a comparação entre os anos de 2000 e 2006 para a vacina do Sarampo, HiB, DPT e Tetravalente, devido a mudanças no calendário vacinal. Apesar de ainda haver muitas regionais de saúde que se encontram abaixo da meta estabelecida de 95% de cobertura vacinal (taxa determinada pelo Ministério da Saúde para que se conquiste a erradicação da doença), o Paraná melhorou suas taxas de acordo com o demonstrado. O Estado encontra-se entre os melhores da federação quando se trata de cobertura vacinal, no entanto muito ainda precisa ser melhorado já que o mínimo de 95% de cobertura vacinal ainda não foi alcançado.

OPORTUNIDADES PERDIDAS: IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DO ESQUEMA VACINAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Marizilda Martins, Iolanda Maria Novadzki, Carlos Eduardo Marcondes Cordeiro, Clarissa Pereira Ribeiro, Felipe Dunin dos Santos, Fernanda El Ghoz Leme, Guilherme Barreto Gameiro Silva

Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Oportunidades perdidas de vacinação consistem em não se utilizar todos os momentos que o usuário entra em contato com o serviço de saúde, capacitado para vacinação, para atualizar as vacinas. O conhecimento de dados, relacionados às oportunidades perdidas de vacinação, permite soluções para a melhoria da cobertura vacinal e diminuição da prevalência de doenças imunopreveníveis. Com o objetivo de conhecer a situação do esquema vacinal preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações/Ministério da Saúde (PNI/MS) em crianças e adolescentes, residentes na cidade de Curitiba e região metropolitana, realizou-se um questionário em participantes de uma pesquisa sobre o perfil imunológico para o vírus da Hepatite A (HA) realizada em 2008. O total de 728 crianças/adolescentes suscetíveis à HA foi convidado para receber gratuitamente a vacina HA no Ambulatório de Pediatria Preventiva, do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Desses, 245 (33,6%) crianças/adolescentes compareceram ao ambulatório e constituíram o grupo de estudo. A faixa etária variou de 2 a 16 anos, onde 125 (50,9%) eram do gênero masculino e 120 (49,1%) feminino. Nenhum dos participantes apresentava contra-indicações para a aplicação vacinal, e todos receberam a 1ª dose de vacina HA. O esquema vacinal do PNI/MS encontrava-se incompleto em 57 (23,3%) crianças/adolescentes. Dos quais, 11 (19,3%) tinham idade inferior a 5 anos, 11 (19,3%) entre 5 e 9 anos e 35 (61,4%) idade igual ou superior a 10 anos. Procedeu-se à atualização do calendário vacinal, onde 7 (12,3%) receberam mais de uma vacina, totalizando 64 doses aplicadas. Conclui-se que todas as oportunidades de contato com serviços de saúde devem ser utilizadas para vacinar crianças e adolescentes, principalmente na idade escolar.

FATORES ASSOCIADOS À SIBILÂNCIA RECORRENTE NO PRIMEIRO ANO DE VIDA EM CURITIBA

Herberto José Chong Neto, Nelson Augusto Rosário, Cristine Secco Rosário, GRUPO EISL Curitiba

Serviço de Alergia e Imunologia Pediátrica – Hospital de Clínicas - Universidade Federal do Paraná, Curitiba

Objetivo: verificar os fatores de proteção e risco para sibilância recorrente em lactentes. Métodos: estudo transversal pela aplicação de questionário escrito, padronizado e validado, (como parte do EISL, do Espanhol: Estudio Internacional de Sibilancias en Lactantes) aos pais de lactentes, com idade entre 12-15 meses, que procuraram 35 Unidades de Saúde sorteadas entre 107 disponíveis em Curitiba, para imunização de rotina entre Agosto/2005 e Dezembro/2006. Fatores associados à sibilância recorrente (=3 episódios de sibilos) foram avaliados utilizando análise bivariada e multivariada para obtenção de odds ratio (OR) and intervalo de confiança de 95% (IC 95%).

Resultados: três mil e três pais responderam o questionário escrito e 22,6% de seus filhos tiveram sibilância recorrente. Fatores de risco independentes foram história familiar de asma, ambos os pais e mães (OR=4,19; IC 95%=1,03-16,97; p=0,04), broncopneumonia (OR=1,76; IC 95%=1,28-2,42; p=0,0006), frequência à creche (OR=1,76; IC 95%=1,33-2,35; p=0,0001), cão no domicílio (OR=1,51; IC 95%=1,16-1,96; p=0,002) e tabagismo na gravidez (OR=1,86; IC 95%=1,28-2,70; p=0,001). Resfriados iniciando após os 4 meses de vida (OR=0,57; IC 95%=0,42-0,76; p=0,0001) e nível educacional da mãe, mais do que 12 anos na escola, (OR=0,73; IC 95%=0,55-0,97; p=0,03) foram fatores de proteção independentes. Conclusão: fatores de risco para sibilância recorrente em lactentes foram semelhantes aos fatores de risco conhecidos para asma. Aparecimento tardio de infecções respiratórias superiores e elevado nível de escolaridade materna foram fatores de proteção.

RINITE ALÉRGICA É PREVALENTE EM LACTENTES COM ASMA

Herberto José Chong Neto, Gabriele Cardoso Westphal, Nelson Augusto Rosário, Carlos Antônio Riedi, Hevertton Luis Bozzo Santos, Karine Takizawa, Raissa Souza, Carla Aguilera

Serviço de Alergia e Imunologia Pediátrica – Hospital de Clínicas - Universidade Federal do Paraná, Curitiba

Objetivo: verificar a prevalência de rinite alérgica em lactentes com asma.

Métodos: estudo retrospectivo de dados coletados de ficha clínica padronizada para primeira consulta com questões específicas sobre rinite alérgica. Foram selecionadas crianças com asma da Unidade de Alergia Pediátrica, UFPR no período entre Janeiro/2001 e Janeiro/2006. O diagnóstico de rinite alérgica foi baseado na presença de dois ou mais sintomas nasais (espirros, coriza, prurido e obstrução). Sensibilização alérgica foi avaliada por teste cutâneo alérgico (TCA) com extratos alergênicos glicerinados (IPI-ASAC Brasil) para *Dermatophagoides pteronyssinus* (Dp), *Blomia tropicalis* (Bt), *Blatella germanica* (Bla), *Lolium perenne* (Lol), e epitélios de cão e gato. O teste foi considerado positivo se o diâmetro da pápula fosse maior ou igual a 3mm e a criança considerada atópica se tivesse reagido à pelo menos um alérgeno.

Resultados: foram avaliadas mil quinhentos e quarenta e três crianças com idade entre zero e 14 anos, sendo 493 (32%) menores de dois anos de vida. Destas, trezentos e sessenta e sete (74%) tiveram diagnóstico de rinite e cento e trinta e uma (36%) apresentaram TCA positivo a pelo menos um alérgeno. Cento e oitenta e seis crianças realizaram o TCA completo e quando comparadas as crianças menores de 2 anos com as maiores de 2 anos, que realizaram o TCA completo para a bateria padronizada, verificou-se que não houve diferença na sensibilização entre os grupos, onde foram polissensibilizados <2 anos (43%) e =2 anos (71%), respectivamente ($p=0,14$), e monossensibilizados <2 anos (9,5%) e =2 anos (10,3%), respectivamente ($p=0,63$).

Conclusão: a frequência de rinite alérgica em lactentes asmáticos bem como sensibilização alérgica foi similar às crianças maiores. A sensibilização mais comum foi ao ácaro Dp. Teste cutâneo deve ser realizado em todas as crianças com suspeita de rinite. A presença de sintomas nasais pode ser útil no diagnóstico da asma mesmo antes de dois anos e idade.

DIFERENCIAÇÃO ETIOLÓGICA DAS INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS EM LACTENTES INTERNADOS NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR

Emília Schmidt Xavier, Cristina Rodrigues Cruz, Mônica Nunes Lima Cat, Rubens Cat

Hospital de Clínicas - Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR)

Introdução: No Brasil, as doenças respiratórias são as principais responsáveis pelos internamentos de pacientes menores de 5 anos de idade. A identificação dos agentes etiológicos das infecções respiratórias agudas (IRA) na infância é um desafio para o pediatra, além de ser indispensável para orientar a terapêutica adequada. Objetivos: Definir o diagnóstico etiológico das IRA em crianças menores de 2 anos internadas em enfermaria pediátrica; comparar as características clínicas, laboratoriais e evolutivas dos pacientes com pesquisa de vírus respiratório (PVR) em aspirado de nasofaringe; identificar exames complementares que auxiliem na diferenciação entre as etiologias. Método: estudo prospectivo, transversal e observacional com avaliação de dados clínicos, laboratoriais e evolutivos de 65 crianças internados no HC-UFPR, no período de 01 de maio a 31 de julho de 2008. Os pacientes foram classificados em 2 grupos de acordo com a pesquisa de vírus respiratórios (positivo ou negativo). Para análise estatística utilizaram-se os testes t de Student, Mann-Whitney e Teste Exato de Fischer. O nível de significância mínimo adotado foi de 5%. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Instituição. Resultados: A mediana de idade foi de 5 meses (0,6 a 22 meses) e 65% eram meninos. A positividade da pesquisa de vírus respiratórios foi de 58% com predomínio de vírus sincicial respiratório (VSR) em 76% dos casos, seguido de influenza (8%), parainfluenza (8%) e adenovírus (3%). A condição clínica associada mais comum foi a prematuridade (30,7%) e destes, 70% apresentaram pesquisa de vírus respiratórios positiva. Os vírus apresentaram padrão sazonal; o mês com maior positividade foi maio com predomínio de VSR, já em julho prevaleceu Influenza. Em relação aos exames laboratoriais, pacientes do grupo com pesquisa de vírus negativa apresentaram número maior de leucócitos e plaquetas, já o grupo positivo, maior número de linfócitos ($p<0,05$). A proteína C reativa foi maior no grupo negativo ($p=0,02$). A evolução dos dois grupos foi semelhante. Conclusões: O diagnóstico viral foi frequente, com predomínio do VSR. O hemograma apresentou características diferentes entre os grupos. A proteína C reativa mostrou-se útil na diferenciação entre pacientes com pesquisa de vírus respiratórios positiva e negativa. Os vírus permanecem como os principais agentes das IRA em pacientes internados, assim, o diagnóstico etiológico deve ser embasado em dados clínicos, epidemiológicos e laboratoriais como pesquisa de vírus e proteína C reativa. Através destes dados, a prescrição de antibióticos se torna mais criteriosa e os custos e resistência antimicrobiana menores.

RESUMOS - APRESENTAÇÃO ORAL - 13/11/2009 - SEXTA-FEIRA

MALFORMAÇÕES VASCULARES NA INFÂNCIA E LASER

Aline Alves Santin Giordani, Kerstin Taniguchi Abagge, Leide Parolin Marinoni

Serviço de Dermatopediatria. Departamento de Pediatria

Hospital de Clínicas – Universidade Federal do Paraná

Introdução: As alterações vasculares na infância têm importante impacto na integridade física e psicológica dos pacientes. O LASER tem se mostrado uma opção terapêutica eficaz na infância em situações específicas. **OBJETIVO:** Estabelecer o perfil clínico das alterações vasculares na infância, tratadas com LASER, em um centro de tratamento à LASER. Avaliar os resultados e as complicações desta opção terapêutica. **MÉTODO:** Análise observacional, descritiva, longitudinal e retrospectiva. Amostra formada por pacientes de 0 a 17 anos completos, portadores de alteração vascular, tratados com LASER em um centro de tratamento a LASER. **RESULTADOS:** Estudados 50 pacientes e encontradas duas entidades clínicas: o Hemangioma Ulcerado (HU) n= 17 e a Mancha Vinho do Porto (MVP) n=33. Dos HU, 53% obtiveram cicatrização da úlcera após a 1ª sessão de LASER, 23,5% após a 2ª sessão e 23,5% após a 3ª sessão. Quanto a MVP (n=33) a média de sessões foi de 3 sendo que 39,4% obtiveram clareamento da lesão de 0 - 40%, 45,4% clareamento de 41 - 80% e 15,2% clareamento acima de 81%. Quanto às complicações, 3 pacientes com MVP tiveram complicações, sendo 2 pacientes com alterações de cor ou textura da pele e 1 paciente com infecção secundária. **CONCLUSÃO:** Foram encontrados dois tipos de malformações vasculares com indicação de tratamento a LASER na amostra estudada, o HU e a MVP. Nas duas entidades, este estudo demonstrou que o LASER parece efetivo e com baixa incidência de complicações.

É DE ARRANCAR OS CABELOS - TRICOTILOMANIA

Emília Schmidt Xavier, Vânia Oliveira de Carvalho, Luciana Menezes de Azevedo

Disciplina de Dermatologia Pediátrica do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná

Introdução: A tricotilomania (TTM), doença descrita em 1889 por Hallopeau, é caracterizada pela manipulação capilar e retirada dos fios de cabelo. Na avaliação clínica ocorre como área irregular de alopecia em região de fácil acesso, com cabelos de diferentes comprimentos. Seu aparecimento é geralmente na infância e adolescência e é uma das causas de alopecia em crianças. Esta desordem é considerada um hábito antes dos 5 anos e após qualificada como desordem psiquiátrica do espectro dos transtornos obsessivo compulsivo. **Objetivo:** Descrever as características da TTM na infância. **Método:** Foram avaliados todos os casos atendidos no ambulatório de Dermatologia Pediátrica do HC-UFPR no período entre 1999 e 2009. Estudo retrospectivo aprovado pelo comitê de ética. **Resultado:** Houve 47 casos, 32 (68%) meninas, sendo a maior diferença de gêneros após os 5 anos (56% em menores e 76% em maiores nas meninas). A mediana da idade de início foi de 6 anos (7 meses a 11anos). A presença de fatores precedentes como mudanças na dinâmica familiar, problemas psicológicos e doenças ocorreu em 29 pacientes, destes 19 (65%) maiores de 5 anos e 10 (35%) menores. A associação com tiques foi descrita em 7 casos e o relato de temperamento difícil em 14. Em 40 pacientes havia cabelos de tamanhos diferentes na área acometida e a manipulação de cabelos foi relatada por 18 pacientes. A região parieto-temporal foi a mais acometida, com localização única em 40% e mais de um local em 45%. Tratamento com placebo foi instituído em 74%, psicológico em 40% e antidepressivos em 8%. O acompanhamento foi possível em 29 pacientes, com repilação parcial em 72% e cura em 59%. O tempo de cura foi de 5,5 meses (1-13m). **Conclusão:** Desta forma, a TTM antes dos 5 anos representa um hábito com pouca diferença entre os gêneros e boa evolução. Em maiores de 5 anos há predomínio nas meninas e maior relação com fatores precedentes. O estudo tem limitação de ser retrospectivo, mas permite valorizar as características clínicas e evolutivas da doença e a necessidade de tratamento multidisciplinar.

EVOLUÇÃO NATURAL EM UMA PACIENTE COM MUCOPOLISSACARIDOSE TIPO VI

Juliana Olavo Pereira, Maria Gabriela de Aguiar Moreira Garbelini, Márcia Cibele Haag, Vítor Costa Palazzo

Universidade Positivo – Curitiba - PR

Introdução: A Mucopolissacaridose tipo VI é uma doença causada pela deficiência da n-acetilgalactosamina-4-sulfatase, uma das onze enzimas lisossomais responsáveis pela degradação de glicosaminoglicanos, que ao se depositarem causam dano ao lisossomo, morte celular e disfunção orgânica sistêmica. O diagnóstico é suspeitado pela clínica, triado pela constatação de mucopolissacaridúria no teste azul de toluidina e cromatografia e confirmado caso haja redução da atividade da enzima em leucócitos ou fibroblastos ou pela mutação no gene ARSB do cromossomo 5q13-14. O tratamento padrão ouro é a Terapia de Reposição Enzimática (TRE) com Galsulfase 1mg/kg.

Objetivo: Apresentar a evolução natural da deposição dos GAG's em uma paciente sem tratamento prévio e relacionar as dificuldades na conduta e diagnóstico desta rara doença no Brasil.

Relato do Caso: V.A.H., feminina, 14 anos, internada para investigação de suspeita de MPS tipo VI. Paciente com história de atraso de desenvolvimento, deformidades em coluna óssea iniciada com 18 meses de idade e déficit auditivo aos quatro. Já havia sido submetida à cirurgia auditiva, em quadril, em punhos devido à Síndrome do Túnel do Carpo e herniorrafia umbilical. Apresentava pneumonias e otites de repetição e apnéia do sono. Ao exame, apresentava déficit pondero-estatural, fâscies e cabelos grosseiros, respiração bucal, hipertelorismo, macrocefalia, má oclusão dentária e protrusão de incisivos, hipertrofia

gengival, macroglossia e hipertrofia de amígdalas, disostose múltipla, rigidez articular, mão em garra e unhas em vidro de relógio. Além disso, apresentava sopro sistólico, hepatoesplenomegalia, hérnia umbilical recidivada, escoliose e cifose, hiperreflexia global, opacidade de córnea bilateral, glaucoma e diminuição da acuidade auditiva. Aos exames, apresentada teste do azul de toluidina positivo com cromatografia mostrando quantidade elevadas de dermatan-sulfato e atividade enzimática diminuída em leucócitos.

Discussão: A história natural da Mucopolissacaridose tipo VI não difere da relatada nesta paciente. Sua sintomatologia iniciou-se com 18 meses, dentro da faixa esperada (0 a 24 meses). A primeira manifestação foi óssea, como a maioria dos casos. O diagnóstico foi bastante tardio (132 meses) sendo ainda maior que o encontrado nos estudos (24 a 96 meses). A paciente consultou vários especialistas e submeteu-se a diversos procedimentos cirúrgicos antes do diagnóstico, semelhante ao encontrado na literatura.

Conclusão: Verifica-se um desconhecimento global sobre a doença, o que leva a um grande atraso diagnóstico. A terapêutica precoce, com terapia de reposição enzimática promove a diminuição da velocidade de progressão da doença, além de promover qualidade de vida pela atenuação da sintomatologia, daí se nota a importância do diagnóstico em fases iniciais da doença.

Palavras Chave: Mucopolissacaridose; Mucopolissacaridose tipo VI; Síndrome de Maroteaux-Lamy; Doenças de Depósito Lisossomal; Glicosaminoglicanos; Erros Inatos do Metabolismo.

VALOR CALÓRICO DO LEITE MATERNO PRÉ E PÓS-PASTEURIZAÇÃO

Mariana Digiovanni, Aristides Schier da Cruz, Evangelia Athanasio Shwetz, Gilberto Pascolat, Maria Lúcia Silva Germano Jorge, Rubens Kliemann

Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC) – Curitiba – PR

Introdução: O suporte nutricional é um dos principais pilares no tratamento do recém-nato na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Com advento da melhora na sobrevida dos recém nascidos prematuros extremos com baixo peso de nascimento, há necessidade de melhores controles da composição do leite humano. O objetivo deste estudo foi avaliar o valor calórico do leite humano através do método do crematócrito pré e pós-pasteurização. Método: Por meio de estudo retrospectivo, foram analisadas 257 amostras de leite materno do banco de leite humano do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba. As amostras incluídas no estudo foram todas as que haviam sido analisadas pré e pós-pasteurização no período de janeiro a agosto de 2009. Foi realizado o cálculo do valor energético do leite humano pré e pós-pasteurização através do método do crematócrito proposto por Lucas, 1978. Resultados: O valor calórico do leite humano pré-pasteurização foi de 62,1 kcal/100ml (DP = 9,94). No entanto, a média do valor calórico do leite humano pós-pasteurização foi 50,9 kcal/100ml (DP = 9,57). O valor calórico do leite humano pós-pasteurização teve decréscimo de 18% em comparação ao leite pré-pasteurização. Conclusão: A densidade energética do leite humano é significativamente mais baixa após a pasteurização em banco de leite humano.

ALTERAÇÕES HEPÁTICAS NA DOENÇA CELÍACA E DOENÇA CELÍACA NAS HEPATOPATIAS AUTO-IMUNES

Luciana Bandeira Mendez Ribeiro, Dra Adriane Celli, Dra Gislaïne Strapasson Blum

Hospital de Clínicas – Universidade Federal do Paraná. Curitiba - PR

Introdução: Doença celíaca (DC) é uma intolerância ao glúten, caracterizada por atrofia do intestino delgado proximal e consequente má absorção de alimentos. Nos últimos 20 anos a apresentação da DC alterou-se significativamente, diversas manifestações clínicas passaram a ser reconhecidas, sendo necessário alto índice de suspeita para evitar atraso no diagnóstico. A hipertransaminasemia (HT) na DC é reconhecida como uma manifestação extra-intestinal frequente, podendo ser a única ou a primeira manifestação da doença. Foi demonstrada em 40% dos adultos e 54% das crianças com DC enquanto ingeriam glúten. Por outro lado, 9% dos pacientes com elevação crônica das transaminases de origem desconhecida apresentam DC não diagnosticada. Os mecanismos patogênicos da lesão hepática na DC são pouco conhecidos. Objetivos: Determinar as características clínicas dos pacientes celíacos; a prevalência de alterações hepáticas nestes pacientes e a prevalência de DC em pacientes com hepatopatia auto-imune acompanhados no serviço de gastroenterologia do HC/UFPR. Métodos: Estudo retrospectivo descritivo realizado no ambulatório de gastroenterologia do HC/UFPR. Foram revisados 56 prontuários de pacientes celíacos e 27 prontuários de pacientes hepatopatas de origem auto-imune. Resultados: Houve aumento da incidência de DC em crianças maiores de 5 anos na última década, talvez pelo maior número de diagnósticos de casos assintomáticos, atípicos e oligossintomáticos. A forma clássica foi encontrada em 58% dos pacientes, oligossintomática em 21%, atípica em 14% e silenciosa em 7%. Na última década a forma não clássica da DC aumentou de 24 para 57%. Diarréia, vômito, distensão e dor abdominal já não são as principais formas de apresentação da DC; outras manifestações extra-intestinais foram reconhecidas e assumiram papel importante na identificação de DC atualmente. Síndrome de down em 7,1% dos pacientes, hipotireoidismo em 10,7% e Diabetes tipo 1 em 21,4% foram as principais doenças associadas à DC. A prevalência de HT foi de apenas 5,4%, embora não fizesse parte da rotina do serviço a coleta de transaminases ao diagnóstico de DC. Dos pacientes com hepatopatia auto-imune, 17 foram triados para DC, houve 1 paciente com resultado positivo. Conclusões: As manifestações não clássicas da DC foram mais prevalentes neste estudo na última década. As transaminases não eram verificadas rotineiramente em todos os pacientes com DC diagnosticada, por isso a frequência de alterações hepáticas foi baixa neste estudo. A prevalência de DC em hepatopatias auto-imunes foi semelhante à relatada na literatura. Portanto, as transaminases devem ser verificadas em todos os celíacos devido à elevada frequência de alterações hepáticas relacionadas à DC. Pacientes com HT persistente e doença hepática grave, de causa desconhecida, e hepatopatias auto-imunes devem submeter-se a triagem sorológica para DC.

ALEITAMENTO EM SITUAÇÕES ESPECIAIS: MÃES PORTADORAS DE DIABETES MELLITUS TIPO 1

Marizilda Martins, Iolanda Maria Novadzki

Ambulatório de Pediatria Preventiva do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

As gestações em mulheres com diabetes mellitus tipo 1 (DM 1) têm apresentado resultados que melhoraram dramaticamente nas últimas décadas, em razão dos progressos com a monitorização das glicemias e administração de insulina.

As complicações, tanto para o feto quanto para a mãe, podem ser prevenidas ou, pelo menos, minimizadas pelo planejamento da gestação e pelo controle intensivo das oscilações das glicemias, mantendo-as próximo ao normal. Evoluiu-se para resultados próximos aos de gestações em mulheres não-diabéticas. A amamentação é recomendada, inclusive podendo diminuir a necessidade de insulina pela puérpera. A preocupação de proporcionar a essas mulheres condições adequadas de aleitamento, sem que haja prejuízo para o binômio mãe-filho, é relevante. Com o objetivo de se conhecer as particularidades da amamentação nessa situação especial, relata-se três casos de filhos de mães portadoras de DM 1, acompanhados no ambulatório de Pediatria Preventiva do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Verificou-se que o sucesso da amamentação no primeiro mês de vida esteve relacionado às intercorrências nos períodos pré-natal e perinatal. Conclui-se que o aconselhamento sobre a lactação no pré-natal de mulheres portadoras de DM tipo 1 é importante e que o aleitamento materno, bem como a orientação alimentar do recém-nascido e lactente devem ser individualizados.

TOLERÂNCIA CLÍNICA À FÓRMULA DE SOJA E OUTRAS FÓRMULAS TERAPÊUTICAS EM LACTENTES COM ALERGIA À PROTEÍNA DE LEITE DE VACA

Aristides S. da Cruz; Carolina G. S. Marcatto; Karyne S. G. Gomes; Ângela C. L. de Oliveira

Coordenação de Alimentação e Nutrição do Centro de Informação em Saúde – Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba

Disciplina de Pediatria da Faculdade Evangélica do Paraná

De acordo com o Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2007 (CBAA-2007), publicado em julho de 2008, a utilização de fórmula de proteína isolada de soja (FS) em lactentes com alergia à proteína de leite de vaca (APLV) passa a ser indicada em situações muito restritas, e a fórmula de hidrolisado protéico (FHP) e fórmula de aminoácidos (FAA) na grande maioria dos casos. Objetivo: avaliar a tolerância clínica às fórmulas terapêuticas para APLV em lactentes residentes em Curitiba, no período anterior à publicação do CBAA-2007. Método: Foram avaliados retrospectivamente os prontuários de crianças com menos de 2 anos, com provável APLV, encaminhadas ao Programa de Atenção Nutricional (PAN) em Curitiba, de agosto de 2006 a setembro de 2008. A APLV foi confirmada quando o teste de provocação oral com LV foi positivo. Resultados: Dos 94 pacientes incluídos, 57 (61%) eram meninos. A idade mediana do aparecimento dos sintomas foi 2 meses e do início da fórmula terapêutica 5 meses. Em 10 pacientes (11%), foi possível manter o leite materno e sem fórmula especial. A FS foi utilizada em 81 pacientes (86%), FHP em 20 (21%) e FAA em 5 (5%). Em 12 pacientes a APLV foi descartada. As formas clínicas de APLV predominantes foram: mediada por IgE (22%); enteropatia alérgica (20%); colite alérgica (18%); sintomas funcionais (34%). Todos os 82 pacientes com APLV tiveram ótima evolução clínica e nutricional com as fórmulas terapêuticas fornecidas. A FS falhou em 6 casos, pacientes com idade menor que 3 meses ou com enteropatia alérgica, situações em que a FS não deveria ter sido indicada, de acordo com o protocolo do PAN. Pelo atual CBAA-2007, apenas 10 pacientes desta casuística poderiam ter recebido FS. Por outro lado a FS foi bem tolerada em todos os 52 casos com indicação correta pelo protocolo do PAN adotado naquela época. A FHP foi rejeitada em 2 lactentes, e ambos aceitaram a FS. A FAA foi inútil nos 5 casos (2 sem APLV e 3 com APLV mas que haviam tolerado bem a FS ou a FHP). Conclusão: A FS foi a fórmula terapêutica de uso predominante no período que antecedeu o CBAA-2007, e de ótima tolerância clínica na maioria dos lactentes com APLV (idade de 3 meses ou mais e ausência de enteropatia alérgica e má absorção). Caso as diretrizes do CBAA-2007 não sejam revisadas e se tornem predominantes, o custo do tratamento da APLV em lactentes irá aumentar muito, pois na maioria dos casos será utilizada a FHP ou FAA.

EVOLUÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE LACTENTES DURANTE O TRATAMENTO COM FÓRMULAS TERAPÊUTICAS PARA ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA

Aristides S. da Cruz; Carolina G. S. Marcatto; Karyne S. G. Gomes; Nilton Willrich

Coordenação de Alimentação e Nutrição do Centro de Informação em Saúde – Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba

Disciplina de Pediatria da Faculdade Evangélica do Paraná

Objetivo: Comparar a evolução do estado nutricional de lactentes com provável alergia à proteína do leite de vaca (APLV) no período de uso de fórmula de proteína isolada de soja (FS), fórmula de hidrolisado protéico (FHP), fórmula de aminoácidos (FAA) e leite materno (LM). Método: Foram avaliados retrospectivamente os prontuários de 94 crianças com menos de 2 anos, com provável APLV, encaminhadas para receber fórmulas terapêuticas do Programa de Atenção Nutricional (PAN) em Curitiba, de agosto de 2006 a setembro de 2008. Foi comparada a evolução do estado nutricional dos lactentes durante o uso de FS, FHP, FAA e LM, por meio do cálculo da média dos escores z dos índices peso/idade (P/I), altura/idade (A/I) e peso/altura (P/A). Resultados: Os 63 lactentes que receberam FS (tempo médio de 5,4 meses) tiveram melhora significativa do escore z médio do P/I (-0,69 para -0,30 – p<0,001), A/I (-0,69 a -0,38 – p<0,001) e P/A (-0,35 a -0,16 – p=0,014), com 48% dos pacientes abaixo do percentil 15 do P/I no início e 26% no final da avaliação (p<0,001), e 18% abaixo do percentil 3 do A/I no início e 5% no final (p<0,05). Não houve diferença significativa na evolução nutricional dos grupos usuários de FS, FHP e LM (p>0,05). Nos 15 pacientes que utilizaram FHP (tempo médio de 4,4 meses) a melhora dos escores z dos três índices foi semelhante em relação ao grupo da FS. Nos 6 pacientes que receberam LM (tempo médio de 8,1 meses), houve melhora do escore z do P/I (-0,75 a -0,50), A/I (-0,95 a -0,67), mas não do P/A (-0,21 a -0,25). Os 3 lactentes que receberam FAA não melhoraram o estado nutricional, pois formaram um grupo pequeno e de condições clínicas desfavoráveis em relação aos demais grupos. Conclusão: A evolução do estado nutricional é satisfatória em lactentes com provável APLV quando recebem a alimentação bem tolerada clinicamente, seja FS, FHP ou leite materno.

USO DE DROGA TERATOGENICA NA GESTAÇÃO - RELATO DE CASO

Iolanda Maria Novadzki, Marizilda Martins

Ambulatório de Pediatria Preventiva, Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Paraná – Curitiba

A gravidez é um momento na vida da mulher que envolve profundas modificações fisiológicas e nutricionais e deve ser cercada de cuidados especiais. A preocupação aumenta quando ocorre em situação não planejada, onde a própria saúde da mulher encontra-se em risco, como nas doenças mieloproliferativas onde se utiliza drogas imunossupressoras, que contra-indicam a gestação. O objetivo desse trabalho é descrever um caso de gravidez não programada, em uso de contraceptivo hormonal oral, ocorrida em mulher portadora de leucemia mieloide crônica, acompanhada pelo serviço de Hematologia do Hospital de Clínicas da Universidade federal do Paraná (HC – UFPR). Fez tratamento quimioterápico com Nilotinib, potencial teratogênico, nos dois primeiros meses de gestação não diagnosticada. O tratamento antineoplásico foi suspenso após a constatação da gravidez. Durante o pré-natal, as ecografias obstétricas não detectaram anormalidades fetais. A mãe apresentou crise blástica e neutropenia febril com 32 semanas gestacionais com evolução favorável após o uso de antibióticos (vancomicina, meropenem), antifúngico (fluconazol) e estimulador de medula óssea (granulokine). Evoluiu com DIP tipo 3 persistente, com 40 semanas gestacionais foi submetida à cesárea segmentar transversa (CST) por adramnia e DIP tipo 3. O recém-nato nasceu em boas condições, sem intercorrências no período neonatal imediato. A mãe apresentou choque hipovolêmico devido hematoma de parede abdominal sendo submetida a laparotomia exploradora após 24 horas da CST para hemostasia dos mm. retos abdominais e parede anterior do útero, com estabilização hemodinâmica.

O lactente está sendo acompanhado no ambulatório de Pediatria Preventiva (HC – UFPR) com desenvolvimento pênodo-estatural e neuropsicotor adequados até os 4 meses de vida (idade atual). Conclui-se que o uso inadvertido de droga teratogênica na gestação implica em rigoroso seguimento para a detecção de efeitos adversos. A monitorização de gestação e a anticoncepção efetiva são imprescindíveis quando houver necessidade desse tipo de droga em mulheres na idade reprodutiva.

CARCINOMA ADRENOCORTICAL RECIDIVADO EM CRIANÇAS SUBMETIDAS A QUIMIOTERAPIA: TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Gilmara Juliane Zuffa, Daniel Massamatsu Pianovski Kato, Leniza Costa Lima Lichtvan, Ricardo Reis Blum, Erica Yamauchi, Carolina Martins Almeida Peixoto, Mara Albonei Dudeque Pianovski

Hospital de Clínicas, Hospital Erasto Gaertner- Curitiba-PR

O carcinoma adrenocortical (CAC) é doença rara, que tem sua incidência aumentada no estado do Paraná. Seu tratamento é basicamente cirúrgico; em situações de irrecesabilidade e presença de metástases, pode ser indicada quimioterapia. Uma opção de tratamento é o uso de mitotano associado a cisplatina, etoposídeo e doxorubicina, conforme sugerido por Berruti. Apesar do número significativo de remissões em resposta a essas drogas, não têm se mostrado duradouras. Em pacientes com recidiva da doença após quimioterapia, foi testado o esquema BVD (bleomicina, vimblastina e dacarbazina). Com o objetivo de avaliar a resposta ao tratamento e sua toxicidade, foram avaliados 4 pacientes tratados com o esquema proposto. Dados como idade ao diagnóstico, sexo, forma clínica, estágio da doença, peso do tumor, local da recidiva, e extensão da cirurgia inicial, bem como parâmetros de toxicidade à quimioterapia segundo a OMS, foram avaliados. A resposta ao tratamento foi determinada através de exames de imagem. Por ocasião da recidiva, os pacientes apresentavam idades de 130, 66, 43 e 32 meses, respectivamente. Três eram do sexo feminino e um, do sexo masculino. As formas clínicas virilizante e cushingóide estavam presentes em três, um paciente apresentava apenas manifestação virilizante; ao diagnóstico, duas pacientes eram estágio II e os outros dois estágio IV. Além da ressecção do tumor primário, a cirurgia inicial incluiu nefrectomia em todos os pacientes, devido à extensão da doença. Os tumores incluindo rim adjacente pesavam 710g, 675g, 690g e 380g. Todos os pacientes apresentaram recidiva nos pulmões e em um deles também havia recidiva hepática. A resposta ao tratamento mostrou-se variável: um paciente apresentou resposta parcial, em um houve estabilização da doença, e em dois, a doença permaneceu progressiva. No total, foram aplicados 23 ciclos de quimioterapia. A concentração sérica de cálcio, glicemia, função renal e a leucometria foram os únicos parâmetros com toxicidade de grau 2 (4%; 6,67%; 26% e 3,6 % respectivamente), que foi o máximo de toxicidade hematológica e bioquímica encontrada. Uma paciente apresentou progressão da neoplasia e após cirurgia para ressecção de metástase pulmonar, desenvolveu fibrose pulmonar com evolução fatal, o que pode ser atribuído à ação da bleomicina agravada pela oxigenioterapia sob pressão. Devido à falta de resposta completa e ao risco de fibrose pulmonar, a associação vimblastina, bleomicina e dacarbazina deixou de ser indicada para pacientes com carcinoma adrenal recidivado.