

## resumo dos posters

### PO16\_01

#### SERÃO AS “DIETAS” TÃO INOCENTES COMO JULGAMOS?

Benedita Bianchi de Aguiar<sup>1</sup>, Joana Silva<sup>1</sup>, Elizabeth Marques<sup>1</sup>,  
Lúcia Gomes<sup>1</sup>, Miguel Costa<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

Adolescente do sexo masculino, orientado aos 14 anos para a consulta externa de Nutrição Pediátrica por excesso de peso (IMC 24.65Kg/m<sup>2</sup>) que abandonou, sendo readmitido aos 17 anos por manter o excesso de peso, hipertensão arterial e erros alimentares, incluindo a ingestão de suplementos proteicos - quantificou-se um consumo proteico diário de 3g/Kg/dia, orientada em ginásio.

Foi efetuado aconselhamento alimentar e de exercício físico adequados à idade. Nas consultas de seguimento constatou-se a normalização do IMC e da tensão arterial. Este caso pretende alertar para os riscos das dietas hiperproteicas, geralmente associadas a exercício físico intenso, sem supervisão médica, que começam a ser cada vez mais frequentes na adolescência.

### PO16\_02

#### DOENÇA CELÍACA EM IDADE PEDIÁTRICA – A IMPORTÂNCIA DO SEGUIMENTO

Sara Miranda<sup>1</sup>, Cristina Costa<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Unidade de Saúde Familiar de Espinho

<sup>2</sup> Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

**Enquadramento:** A doença celíaca (DC) é uma enteropatia crónica do intestino delgado, mediada imunologicamente, precipitada pela exposição ao glúten da dieta em indivíduos geneticamente predispostos. Estima-se que 1 a 3% da população portuguesa seja celíaca. Tipicamente, a DC apresenta-se com sintomas de mal-absorção, nomeadamente diarreia/esteatorreia, perda de peso e/ou atraso de crescimento. Por vezes a doença manifesta-se com sintomas menos típicos constituindo um desafio diagnóstico.

**Descrição do Caso:** Criança de 8 anos, com história de vômitos esporádicos e comportamento irritável com início aos 12 meses a que se associou anorexia e obstipação marcada aos 18 meses; evolução ponderal no P25-50 até aos 15 meses, com cruzamento de percentis desde então, pelo que iniciou seguimento em consulta de Pediatria. Posteriormente encaminhada para consulta de Gastroenterologia Pediátrica (GP), por suspeita de DC. Na primeira consulta de GP, aos 27 meses, apresentava-se irritada, prostrada, emagrecida, com abdómen globoso e distendido e com hipotrofia muscular. O estudo realizado confirmou o diagnóstico de DC, anticorpos antigliadina e antitransglutaminase e antiendomíio positivos e biópsia intestinal compatível (classificação de Marsh modificada: estágio 3c). Verificou-se adesão inicial à dieta sem glúten, com melhoria da sintomatologia nos primeiros 2 meses. Por falta às consultas médicas consecutivas, foram sinalizados os serviços sociais. Compareceu à consulta quatro meses depois, a 31-01-2011, com sinais evidentes de desnutrição por incumprimento da dieta. Em 09-03-2011 por manter incumprimento terapêutico, perda ponderal, anemia microcítica hipocrômica (Hb 9,5g/dL, VGM 61,4fL, CHGM 30,10g/dL), foi internada no Serviço de Pediatria. Apresentou uma evolução ponderal favorável, pelo que teve alta, medicada com ferro oral e dieta sem glúten. Desde então tem mantido seguimento regular em consultas de GP e cumprido a dieta sem glúten, apresentando uma evolução estatura-ponderal adequada e mantendo-se assintomática.

**Discussão:** A DC é comum e tem múltiplas formas de apresentação, não devendo o clínico esquecer as manifestações menos frequentes da doença. O tratamento da DC é simples, consistindo numa dieta sem glúten, porém a adesão

terapêutica pode ser extremamente complexa. O Médico de Família e o Pediatra podem ter, neste contexto, um papel fundamental na compreensão e aceitação do diagnóstico e da importância da manutenção dos cuidados alimentares ao longo da vida.

## PO16\_03

### PNEUMOTÓRAX EM IDADE PEDIÁTRICA – CASUÍSTICA DE UM HOSPITAL DISTRITAL

Joana Lorenzo<sup>1</sup>, Inês Maio<sup>1</sup>, Susana Tavares<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Pediatria do Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

<sup>2</sup> Serviço de Pediatria/Neonatologia do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

**Introdução:** O pneumotórax é uma entidade rara em Pediatria, cuja incidência é de 1.1 a 4 casos por 100 000, com um pico de incidência entre os 16 e 24 anos. É mais frequente no sexo masculino, sendo que, na maior parte dos casos, não surge associado a nenhuma doença predisponente (pneumotórax primário). Hábitos tabágicos e história familiar são fatores de risco frequentemente identificados. Com este trabalho pretende-se ficar a conhecer a realidade deste hospital distrital.

**Metodologia:** Foram selecionados os doentes internados no serviço de Pediatria de janeiro de 2013 a dezembro de 2015 com os códigos GDH “Pneumotórax”. Foram excluídos os doentes com idade inferior a 28 dias. Obtiveram-se 12 casos, cujos processos foram analisados e os dados submetidos a tratamento estatístico com recurso ao Microsoft Excel 2010.

**Resultados:** Dos 12 casos analisados, 92% (n=11) eram do sexo masculino e a idade média era de 16,1 anos. Vinte e cinco por cento dos doentes tinha hábitos tabágicos, mas em nenhum caso havia história familiar positiva. Identificou-se a presença de Asma em 25% dos doentes.

Todos os casos foram considerados primários e ocorreram em repouso, sendo que 100% apresentou à admissão dor torácica e saturações de oxigénio >95% em ar ambiente. Em 50% dos doentes, a auscultação pulmonar foi descrita como normal. O pneumotórax foi à direita em 33% dos casos, à esquerda em 58% e bilateral em 8%.

Em média, o volume do pneumotórax foi de 18% do volume pulmonar.

Identificou-se uma correlação positiva entre o tamanho de pneumotórax e a necessidade de colocação de dreno torácico; apenas 33% dos casos não o colocaram e todos estes tinham um volume estimado pequeno. Não houve correlação entre o tamanho do pneumotórax e a necessidade de intervenção cirúrgica, sendo esta realizada em 50% dos casos em que houve recorrência.

**Conclusão:** Este trabalho obteve resultados semelhantes aos descritos na literatura relativos à demografia, mas ao contrário do que seria de esperar, observou-se um recurso à cirurgia que não se correlaciona com o tamanho do pneumotórax. Como limitações identificou-se: registos pobres no que diz respeito aos dados auxológicos e amostra de pequeno tamanho.