

PO16_15

ANAFILAXIA ALIMENTAR – ADMISSÃO EM CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Cristiana Ferreira¹, Sara Gonçalves², Sandra Rocha², Paula Ferreira²

¹ Serviço de Imunoalergologia do Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho

² Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos do Centro Materno Infantil do Norte

Introdução: A anafilaxia é uma patologia potencialmente fatal, que se encontra frequentemente subdiagnosticada e mal orientada, havendo o risco de progressão para insuficiência respiratória aguda com edema da glote e colapso cardiovascular, incluindo o choque. A alergia alimentar é a principal causa de anafilaxia em idade pediátrica, sendo os alergénios mais frequentemente implicados (90%): o leite, o ovo, o amendoim e outros frutos secos, o peixe, os crustáceos, a soja, o pêssego e o sésamo.

Caso clínico 1: Criança do sexo masculino, 3 anos e 7 meses, com antecedentes de síndrome de enteropatia induzida por proteína alimentar e alergia a proteínas do leite de vaca (teste de provocação oral positivo e sob dieta de evicção), admitida no serviço de urgência (SU) por quadro de vômitos, prostração e hipotensão. História de ingestão de sumo Sunquick (contém leite) 2 horas antes. Administradas adrenalina IM, corticoterapia EV, anti-histamínico EV e fluidoterapia. Por manutenção da instabilidade cardiorespiratória foi transferido para Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos (SCIP). Teve uma boa evolução clínica, com alta após vigilância de 36 horas.

Caso clínico 2: Criança do sexo masculino, 9 anos de idade, com antecedentes de asma brônquica. Após ingestão de rissol de camarão deu entrada no SU por choque anafilático com urticária generalizada e insuficiência respiratória aguda com necessidade de entubação, volemização com soros, administração de adrenalina EV, corticoterapia EV e anti-histamínico EV. Foi transferido para SCIP, com boa evolução e alta após vigilância de 48 horas.

Discussão: Os casos apresentados enfatizam a importância do diagnóstico precoce e rápida intervenção na anafilaxia em Pediatria. A prevenção é essencial e baseia-se na evicção do alergénio, muitas vezes difícil pela existência de alergénios ocultos. Após a suspeita de anafilaxia alimentar deve ser prescrito um dispositivo de autoadministração de adrenalina e a criança deve ser orientada para a Consulta de Imunoalergologia, de modo a garantir uma adequada intervenção diagnóstica e terapêutica.

PO16_16

DILATAÇÃO DO TRATO URINÁRIO: A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS

Cláudia Patraquim¹, Lígia Bessa¹, Sofia Santos¹, Liliana Rocha¹, Teresa Costa¹, Paula Matos¹

¹ Serviço de Nefrologia Pediátrica, Centro Materno Infantil do Norte, CHP

Introdução: A dilatação do trato urinário (DTU) é uma entidade comum em Pediatria. A etiologia pode ser congénita, mais frequente, ou adquirida, podendo ocorrer devido a processos obstrutivos do trato urinário ou em situações de refluxo vesicoureteral (RVU). A abordagem é individualizada, dependendo da causa.

Casos Clínicos: Os autores apresentam 2 casos de crianças com DTU de causa obstrutiva.

Caso 1: Criança do sexo masculino, atualmente com 9 anos. Diagnóstico de DTU -diâmetro anteroposterior (DAP) do bacinete esquerdo (esq) 12mm - como achado ecográfico no contexto do estudo de uma dor abdominal recorrente aos 3 anos de idade (2009). Função renal adequada. Foi vigiado com reavaliação periódica de Renograma com MAG3 que evidenciava função renal conservada e curva de drenagem não obstrutiva. O rastreio de RVU por Cistouretrografia miccional seriada (CUMS) foi negativo. Em 8/2015 apresentou episódio de dor abdominal intensa, associada a hematúria macroscópica, sem febre, queixas urinárias, edemas ou outras perdas hemáticas. Exame sumário de urina com eritrocitúria, sem nitritos. A Ecografia revelou agravamento da dilatação do bacinete esq (DAP 45mm), sem evidência de dilatação do ureter. O Renograma com MAG3 revelou marcado atraso da eliminação. Submetido a pieloplastia em 2/2016. A Ecografia de reavaliação mostrou regressão parcial da dilatação do bacinete esq (DAP 18mm).

Caso 2: Criança do sexo feminino, atualmente com 11 anos. Diagnóstico pré-natal de DTU (DAP bacinete 5mm), vigiada nos primeiros anos de vida num Hospital Distrital com ecografias seriadas. Assintomática, sem registo de infeções do trato urinário (ITU) até à data. Desde 10/2011 com episódios de dor abdominal recorrente, intensa, alívio com a micção. Registo de 2 episódios de ITU (uma febril). A Ecografia realizada em 12/2011 mostrou ectasia pielocalicial esq com DAP do bacinete 47mm. O Renograma com MAG3 mostrou curva de eliminação sugestiva de processo obstrutivo, com função preservada. Submetida a pieloplastia em 1/2012. Ecografias seriadas após cirurgia revelaram ectasia residual e Renograma com MAG3 sem evidência de estase, rins normofuncionantes.

Conclusão: Os autores apresentam 2 casos de síndrome de junção com apresentação distinta, mas evolução clínica idêntica.

Para o Pediatra, os principais desafios no estudo de uma DTU consistem em determinar o seu significado funcional, diferenciar os bacinetes obstrutivos dos não obstrutivos, bem como aqueles que requerem apenas vigilância dos que beneficiam de cirurgia.