



30 E 31 DE AGOSTO DE 2013
NO ANFITEATRO DA UNIVÁS UNIDADE CENTRAL
POUSO ALEGRE - MG

ANAIS DO CONGRESSO

Realização



Apoio



ANAIS

Periodicidade: **Bianual** ISSN: **2447-4428**
v. **1- 2013**

IMPORTANTE: Todas as informações contidas nos **Anais do 1º CONGRESSO SUL MINEIRO DE PEDIATRIA**¹ são de domínio público e a veracidade do conteúdo de responsabilidade de seus respectivos pesquisadores e autores dos trabalhos apresentados no evento em 2013.

¹ Textos disponíveis em: <http://www.univas.edu.br/docs/2019/extensao/lcongressopediatria.pdf>

COMISSÃO ORGANIZADORA

MEMBROS DA LIGA DA UNIVERSIDADE DO VALE DO SACUPAI (UNIVAS)



MEMBROS DA LIGA DA FACULDADE DE MEDICINA DE ITAJUBÁ (FMIT)



MEMBROS DA LIGA DA UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO UNIFENAS/ALFENAS



AUTOR CORPORATIVO:

**UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ/UNIVAS
AV. PREF. TUANY TOLEDO, 471
CEP:37554-210 - POUSO ALEGRE - MINAS GERAIS- BRASIL.**

ORGANIZADORES TÉCNICOS:

CIDERLEIA CASTRO DE LIMA

MARIA NATÁLIA ANDRADE

APRESENTAÇÃO

Os trabalhos apresentados no presente evento e agrupados nesse material técnico-científico foram criteriosamente selecionados por uma comissão científica com o propósito de contribuir de forma permanente para a ciência e sociedade.

Os resumos contemplam aspectos de manejos clínicos; atualizações; educação em saúde, saúde materno-infantil dentre muitos outros temas que direto e/ou indiretamente influenciam na saúde das crianças, adolescentes e população em geral expostos aos agravos comuns, bem como agravos raros descritos pela literatura corrente.

Para o desenvolvimento desses resumos, os autores delimitaram o tema, estabeleceram objetivos e planejaram o processo investigativo para a obtenção de dados, uma característica importante para o profissional de saúde, independente de sua área e/ou esfera de atuação.

Com a apresentação desses materiais no evento, levantando questionamentos e discussões possibilitando uma reflexão clínica e responsabilidade social.

Caros leitores, a partir de uma leitura técnica-científica, com olhar crítico, vocês levantarão muitos outros questionamentos que favorecerão o desenvolvimento de estudos científicos para melhor responder as inquietações provenientes da reflexão.

Caros, boa leitura!

Ciderleia Castro de Lima.

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS:

A EFICÁCIA DA SOLUÇÃO GLICOSADA NO ALÍVIO DA DOR DO RECÉM-NASCIDO.	8
ADESÃO DAS CRIANÇAS , GESTANTES E PUÉRPERAS A VACINA CONTRA INFLUENZA EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM CIDADES DO SUL DE MINAS.	9
APROVEITAMENTO ESCOLAR, STRESS E QUALIDADE DO SONO, ENTRE OS GÊNEROS, EM GRUPO DE ADOLESCENTES DO ENSINO MÉDIO.	10
AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DA DOR EM RECÉM-NASCIDOS POR MÃES E ENFERMEIRAS DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS SAMUEL LIBÂNIO.	11
CONHECIMENTO E ATITUDE MATERNA FRENTE À FEBRE.	12
CONHECIMENTO MATERNO SOBRE A IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO PARA O PREMATURO.	13
NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E RISCO CARDIOVASCULAR EM CRIANÇAS DE UMA ESCOLA PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE ALFENAS/MG.	14
O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL ESCOLA.	15
PERFIL DAS CARDIOPATIAS CONGÊNITAS COM INDICAÇÃO CIRÚRGICA NO PERÍODO NEONATAL DIAGNOSTICADAS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.	16
PERFIL DOS PACIENTES COM CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.	17
PERFIL DOS PACIENTES OBESOS ATENDIDOS NUM AMBULATÓRIO DE PEDIATRIA.	18
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.	19
PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO E DÚVIDAS MAIS FREQUENTES DE UM GRUPO DE GESTANTES ATENDIDAS PELO PROJETO DE ASSISTÊNCIA À MÃE E AO RECÉM-NASCIDO – PROJETO AMAR.	20
PREVALÊNCIA E FATORES EPIDEMIOLÓGICOS E CLÍNICOS DE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL EM ADOLESCENTES, DE ACORDO COM OS CRITÉRIOS DE ROMA III.	21
QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS COM Distrofia Muscular de Duchenne.	22
QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS NO MUNICÍPIO DE ALFENAS/MG.	23
TABAGISMO, ÁLCOOL E OS EFEITOS NA QUALIDADE DO SONO EM ESTUDANTES UNIVERISTÁRIOS.	24
TRATAMENTO CONVENCIONAL DA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL CRÔNICA FUNCIONAL EM ADOLESCENTES DE 16 A 19 ANOS, NO PERÍODO DE SEIS MESES.	25
USO NOTURNO DO COMPUTADOR E SEUS EFEITOS SOBRE A QUALIDADE DO SONO, O APROVEITAMENTO ESCOLAR E O STRESS EM ADOLESCENTES.	26
VARICELA, UMA IMPORTANTE DOENÇA A SER COMBATIDA.	27

REVISÃO DE LITERATURA:

ALTERAÇÕES MORFOFUNCIONAIS NAS FISSURAS PÓS FORAME INCISIVO.	28
MANUAL DE ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ E PÓS-	29

RELATO DE CASO:

OPERATÓRIO PARA PACIENTES FISSURADOS.	29
--------------------------------------------	----

ACHADO DE RIM EM BOLO EM PACIENTE COM MALFORMAÇÃO SACRAL – RELATO DE CASO. .	30
ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE CRIANÇA PORTADORA DE	31
PARALISIA CEREBRAL.	31
ATRESIA DUODENAL EM RECÉM-NASCIDO – RELATO DE CASO.	32
ATRESIA RETAL: RELATO DE UM CASO	33
BLOQUEIO ATRIOVENTRICULAR TOTAL EM RECÉM-NATO DE MÃE	34
LÚPICA.	34
CARDIOPATIA NO PERÍODO NEONATAL: RELATO DE CASO.	35
DENTES NEONATAIS – RELATO DE CASO.	36
DOENÇA DE CROHN EM CRIANÇA DE 12 ANOS: RELATO DE CASO.	37
DOENÇA DE KAWASAKI – RELATO DE CASO	38
ECTOPIA TESTICULAR TRANSVERSAL: RELATO DE CASO	39
EFEITOS DO TREINAMENTO MUSCULAR INSPIRATÓRIO EMPACIENTES	40
COM DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE: RELATO DE DOIS CASOS.	40
EVENTRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA – RELATO DE CASO.	41
FRATURA DE FÊMUR: FORMA INCOMUM DE TOCOTRAUMATISMO.	42
GANGLIOSIDOSE.	43
HEMIHIPERTROFIA CORPORAL.	44
HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÊNITA – RELATO DE CASO.	45
ICTIOSE LAMELAR, RELATO DE CASO.	46
NEUROFIBROMATOSE TIPO1 ASSOCIADA À HIPERTENSÃO SECUNDÁRIA.	47
EM CRIANÇA: RELATO DE CASO.	47
OSTEOGÊNESE IMPERFEITA, RELATO DE CASO.	48
“OSTEOGENESIS IMPERFECTA”	49
PANCREATITE NECRO-HEMORRÁGICA: UMA RARA COMPLICAÇÃO	50
ASSOCIADA AO USO DE ÁCIDO VALPRÓICO.	50
PERFIL DE UM PACIENTE COM DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE A	51
PARTIR DE UMA AVALIAÇÃO ESTRUTURADA NOS DOMÍNIOS DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE.	51
PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO, RELATO DE CASO.	52
POLITRAUMATISMO E EVISCERAÇÃO PROVOCADOS POR ACIDENTE	53
AUTOMOBILÍSTICO.	53
RABDOMIOSSARCOMA DE CABEÇA E PESCOÇO NA INFÂNCIA, RELATO DE	54
CASO.	54
RELATO DE CASO CLÍNICO: PNEUMONIA ATÍPICA EM PRÉ-ESCOLAR.	55
RELATO DE CASO DE SÍNDROME HEMOLÍTICO URÊMICA TÍPICA.	56
SIFILIS CONGÊNITA, UMA DOENÇA REEMERGENTE.	57
SÍNDROME DE REGRESSÃO CAUDAL EM FILHO DE MÃE COM DIABETES	58
MELLITUS TIPO 1.	58
SÍNDROME DE STURGE WEBER- RELATO DE CASO.	59
TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR EM LACTENTE: RELATO DE UM	60
CASO.	60
TUBULOPATIA EM CRIANÇA- ACIDOSE TUBULAR RENAL TIPO II COM	61
SÍNDROME DE FANCONI- RELATO DE CASO.	61
TUMOR SISTEMA NERVOSO CENTRAL EM PEDIATRIA, COM DESFECHO	62
DESFAVORÁVEL. RELATO DE CASO.	62
TUMORES MEDIASTINAIS EM ADOLESCENTES.	63
VASCULITE EM CRIANÇA – PÚRPURA DE HENOCHE-SCHÖNLEIN, RELATO	64
DE CASO.	64

A EFICÁCIA DA SOLUÇÃO GLICOSADA NO ALÍVIO DA DOR DO RECÉM-NASCIDO.

Leidiane Roberta Braga; Mauricéia C. L. Medeiro; Anna Luiza Pires Vieira; Cremilda Eufrásio; Caroline de Sá Marinho; Ítalo Filipe Cardoso Amorim.

OBJETIVO:

Avaliar a eficácia da solução de glicose nos níveis de dor dos recém-nascidos durante a vacinação e comparar os níveis de dor com e sem o uso da solução de glicose a 25%.

MÉTODO:

Trata-se de um estudo do tipo quantitativo, experimental, descritivo e transversal, onde foram selecionados por randomização 125 recém-nascidos divididos em grupo controle (50) e grupo experimental (75). Os participantes da pesquisa foram recém-nascidos internados no alojamento conjunto e submetidos ao procedimento de imunização da hepatite B e BCG. Para avaliar a dor foi utilizada a escala NIPS (Neonatal Infant Pain Scale) e a codificação da dor em cada item da escala foi pontuada por três avaliadores utilizando-se duplo cego. Para a comparação destes escores de pontuação de cada avaliador foram utilizados os seguintes testes estatísticos: Teste de Friedman e Mann Whitney. Para a utilização destes testes foram verificados se, para cada item da escala, as variâncias eram homogêneas entre os grupos (G1 e G2). Para estas comparações foi considerado um nível de significância de 5%. A análise foi realizada utilizando-se o programa Statistical Package for the Social Sciences - SPSS, versão 18.

RESULTADOS:

O grupo controle obteve maior pontuação da escala resultando em maiores níveis de dor neste grupo ($P < 0,0001$) em relação ao grupo experimental. Dentre os itens da escala, o item choro alcançou maiores valores no grupo controle. Enquanto que no grupo experimental obtiveram menores valores na pontuação os itens, Expressão Facial e Choro.

CONCLUSÃO:

A avaliação da dor em recém-nascidos pela escala NIPS permitiu a mensuração da resposta do RN aos procedimentos dolorosos causados durante a vacinação. A maior pontuação da escala no grupo controle evidenciou que o uso de medidas não farmacológicas foi eficaz para o alívio da dor no grupo experimental.



ADESÃO DAS CRIANÇAS, GESTANTES E PUÉRPERAS A VACINA CONTRA INFLUENZA EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM CIDADES DO SUL DE MINAS.

Anna Luiza Pires Vieira; Alcides José Rizzo Braga; Gisele de Cássia Rodrigues; Luciana deAlmeida; Matheus Barboza Leal; Thais Cristina de Melo Rodrigues; Thamiris de Mello Franco.

OBJETIVO:

Determinar a cobertura vacinal da vacinação contra influenza em gestantes, puérperas e crianças menores de 2 anos.

MÉTODO:

Trata-se de um estudo quantitativo, de caráter exploratório e descritivo. A população estudada foram todas as crianças, gestantes e puérperas vacinadas no período de abril a maio de 2013, durante a campanha de vacinação contra influenza.

RESULTADOS:

Em relação as gestantes, foram vacinadas 100% em Espírito Santo do Dourado e Senador Amaral, 94% em Silvianópolis, 88% em São João da Mata e 79% em Cachoeira de Minas, quanto as puérperas foram vacinadas 100% em Silvianopolis, Cachoeira de Minas e Espírito Santo do Dourado, 67% em São João da Mata e 42% em Senador Amaral e finalmente foram vacinadas 100% das crianças abaixo de 2 anos em Espírito Santos do Dourado, São João da Mata e Senador Amaral, 97% em Silvianópolis e 90% em Cachoeira de Minas.

CONCLUSÃO:

Em 2011, a vacinação contra a influenza foi ampliada para as crianças na faixa etária de seis meses a menores de dois anos, gestantes, trabalhadores de saúde das unidades básicas que fazem atendimento para a influenza e povos indígenas, além dos idosos com 60 anos e mais de idade e em 2013 para as puérperas. A vacina contra a Influenza constitui a principal estratégia do Ministério da Saúde para a prevenção da gripe e de suas complicações principalmente em gestantes e crianças pequenas. É fundamental que as Equipes de Saúde da Família sensibilizem essa população quanto a importância e tirem suas dúvidas, inseguranças, desconhecimento sobre essa vacina.



APROVEITAMENTO ESCOLAR, STRESS E QUALIDADE DO SONO, ENTRE OS GÊNEROS, EM GRUPO DE ADOLESCENTES DO ENSINO MÉDIO.

Bruno Roma; Débora Daltro Michelin; Olavo Raimundo Guimarães Junior; Roberta Porreca Azzolini; Tamy Fagundes Moreira; Sarah Naves Felizali Barbosa; Thiago Donizeth Silva; Evelise Aline Soares; Gema Mesquita; Rubens Reimão.

OBJETIVO:

Relaciona as variáveis: aproveitamento escolar, stress e qualidade do sono em um grupo de adolescentes do ensino médio. A amostra composta por 160 adolescentes de ambos os gêneros, na idade 15 a 18 anos.

MÉTODO:

Utilizou-se de instrumentos autoavaliativos, como o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP); Inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL); Boletins, incluindo notas e presenças, dos alunos.

RESULTADOS:

Entre os participantes 65,63% eram do gênero feminino. Em se tratando do aproveitamento escolar observou-se as médias: 0,644 para o gênero feminino e 0,600 para o Masculino $p = 0,0456$. Em relação aos sintomas de stress observou-se que 65,71% (Feminino) e 29,09% (Masculino) foram classificados com sintomas de estresse ($p < 0,001$). Em relação à qualidade do sono 68,57% (Feminino) e 61,82% (Masculino) declararam não dormir bem.

CONCLUSÃO:

O grupo feminino apresenta melhor aproveitamento, índices mais elevados de sintomas de stress e também são classificados, em maiores porcentagens, como maus dormidores.



AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DA DOR EM RECÉM-NASCIDOS POR MÃES E ENFERMEIRAS DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS SAMUEL LIBÂNIO.

Allana Christina Fortunato Maciel; Carolina Bicudo Borrelli; Félix Carlos Ocariz Bazzano; Denia Amelia Novato Castelli Von Atzinge.

OBJETIVO:

Os recém-nascidos podem perceber a dor mais intensamente do que as crianças e os adultos porque os mecanismos de controle inibitório são imaturos, limitando sua capacidade para modular a experiência dolorosa.

Por isso, torna-se imprescindível saber avaliar a dor e estabelecer adequada intervenção, no sentido de diminuir e/ou evitar efeitos nocivos para o desenvolvimento do RN. O presente trabalho tem como objetivo verificar se mães e enfermeiras avaliam a presença de dor de forma homogênea ou heterogênea em recém-nascidos.

MÉTODO:

Os sujeitos da pesquisa foram 30 mães de RN internados na UTIN do Hospital das Clínicas Samuel Libânio e 03 enfermeiras da referida unidade. Teve como instrumento para coleta de dados dois questionários baseado nas escalas de dor NFCS e NIPS: um para as enfermeiras com 10 perguntas e outro para as mães com sete perguntas. Para avaliar a capacidade dos sujeitos do estudo em avaliar os sinais de dor foi utilizado um quadro com seis fotos de RN. Após a entrevista, os dados foram submetidos a análise estatística.

RESULTADOS:

Em relação à capacidade do RN sentir dor, houve unanimidade entre as enfermeiras em considerar que o paciente nessa faixa etária sente dor. Quanto ao conhecimento sobre algum instrumento para avaliação da dor em recém-nascidos todas as enfermeiras afirmaram ter algum conhecimento, sendo que a NIPS foi citada por 100% das entrevistadas e a NFCS por 33,3%.

Das mães, quando questionadas sobre as características de um recém nascido com dor 80% referiram alterações como boca aberta e estirada, seguido por sulco naso-labial aprofundado (60%).

Quanto à identificação da face de dor, verificou-se que 86,7% das mães e 100% das enfermeiras reconheceram adequadamente a foto indicativa de dor (foto IV).

CONCLUSÃO:

Faz-se importante afirmar que uma das formas de controlar a dor é a comunicação que se faz entre os RN e seus cuidadores (mães e profissionais). Portanto, reconhecer essa linguagem é uma das estratégias para o cuidado humanizado, qualificado e integral. Dessa forma, é preciso que profissionais e mães sejam capazes de identificar os sinais de dor utilizando a atenção e a sensibilidade para percebê-los.



CONHECIMENTO E ATITUDE MATERNA FRENTE À FEBRE.

Anna Luiza Pires Vieira; Danilla Gonçalves Luiz; Mauricéia Costa Lins de Medeiros; Vanessa Ayres Picolo; Raíssa Saraiva Caruzo; Rodrigo Soares Silveira; Aline Martins Cardoso; Fernando Francisco Beraldo Borges de Sant'ana Telles; Maísa Kamano; Letícia da Fonseca Lopes.

OBJETIVO:

Avaliar o conhecimento e a atitude da mãe em relação à febre e apontar uma possível solução aos problemas encontrados.

MÉTODO:

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa. Foram entrevistadas 100 mães, com filhos de 0 a 2 anos de idade, numa Unidade Básica de Saúde, através de um questionário, posteriormente analisado por estatística descritiva e representado por tabelas e gráficos.

RESULTADOS:

A maioria das mães entrevistadas (91%) tinham crianças em idade inferior a 1 ano e 6 meses. O sinal que alertava as mães com relação à febre era quando a criança se apresentava quente (63%). Para aferição da temperatura, 61% das mães utilizavam o termômetro. O termômetro mais utilizado foi o digital (75%) e única via utilizada, a axilar (100%). Foi considerando febre, a temperatura entre 37,6 °C e 38 °C (38%) e mediante a esta temperatura eram adotadas as medidas farmacológicas e não farmacológicas, sendo as mais usadas, o banho morno associado à medicação (37%). O antitérmico de primeira escolha foi o Paracetamol (47%) e o Paracetamol associado a outro antitérmico (31%), a dose usada foi de uma gota/Kg (71%), quatro vezes ao dia (55%) no intervalo de 6/6 horas (59%). Na presença da febre as mães medicavam primeiramente, e se a febre persistisse, levavam ao médico (35%).

CONCLUSÃO:

Este estudo, permitiu determinar que ainda existem mães com conhecimento limitado e atitudes errôneas frente à febre. A insegurança e o medo exacerbado geram preocupações que associadas as suas concepções direcionam as suas condutas perante a febre. A elaboração de um sistema educacional seria eficaz para reduzir equívocos e receio das mães em relação à atitude cabível no momento de intervir diante da febre.



CONHECIMENTO MATERNO SOBRE A IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO PARA O PREMATURO.

Anna Luiza Pires Vieira; Cristiane de Oliveira Negrão; Cristina Porto Silva; Eli Ávila Souza Júnior; Guilherme Pereira Costa; Bruna Duarte Pinto; Alessandra Martins Cardozo; Edgar Loureiro Laborne de Mendonça; Fernanda Reis Pompeu; Thaís Maria de Souza.

OBJETIVO:

Evidenciar o conhecimento materno sobre a importância do aleitamento para o prematuro.

MÉTODO:

Sob protocolo: 1574/11, estudo de abordagem qualitativa, descritiva e transversal, utilizando a fenomenologia. Participaram 12 mães de filhos prematuros e os dados foram obtidos pelo roteiro de perguntas semiestruturadas.

RESULTADOS:

Na questão 1 foram encontradas cinco categorias: fator determinante no desenvolvimento do prematuro, vínculo entre mãe e filho, fator imunológico, componentes nutricionais ao prematuro e superioridade do leite sobre os demais. Na questão 2 foram encontradas cinco categorias: reforço do vínculo mãe e filho, obrigatoriedade por influência social, contribuição para o crescimento e desenvolvimento do prematuro, fortalecimento do sistema imunológico e o ato de amamentar relacionado com a espiritualidade. E na questão 3 foram encontradas seis: dificuldades no manejo do aleitamento, prematuridade, stress interferindo no processo do aleitamento, ocupação da mãe interferindo no processo do aleitamento, pós-parto como fator relevante na amamentação e ausência de dificuldade.

CONCLUSÃO:

O estudo evidenciou que as mães possuíam conhecimento insuficiente sobre a importância do aleitamento, que pode ser justificado pela falta de orientações ou pela experiência familiar negativa sobre amamentação. Acreditamos que existam falhas no processo de orientação durante o pré-natal. Constatou-se que a equipe da UTI possui papel relevante na promoção da prática do aleitamento, fortalecendo o vínculo entre mãe, filho e equipe, além de colaborar para diminuir os índices de desmame precoce no país e proporcionar qualidade de vida a essas crianças.



NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E RISCO CARDIOVASCULAR EM CRIANÇAS DE UMA ESCOLA PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE ALFENAS/MG.

Mariana Fulanetti Costa¹; Bruno Haislan Ferreira¹; Flávia Aparecida de Lima¹; Martha Aparecida de Lima¹; Paulo Ricardo Rodrigues Gonçalves¹; Denise Hollanda Lunes²; Carmélia Bomfim Jacó Rocha²; Juliana Bassalobre Carvalho Borges².

¹Discente do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Alfenas, UNIFAL-MG

²Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Alfenas, UNIFAL-MG

OBJETIVO:

O objetivo do presente estudo foi identificar os riscos cardiovasculares e o nível de atividade física em crianças no município de Alfenas-MG.

MÉTODO:

Foi realizado estudo transversal e descritivo em crianças, matriculadas no ensino infantil e fundamental de uma escola da rede municipal da cidade de Alfenas/MG. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e os responsáveis assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram investigadas 62 crianças entre seis e 11 anos (média 8,5±1,59 anos) de ambos os sexos, no período de maio a agosto de 2013. Foram excluídos os alunos não autorizados pelos responsáveis, os ausentes no dia da avaliação e os que recusaram-se em participar. Todas as crianças foram submetidas à avaliação por protocolo que constava: dados pessoais, sinais vitais, antecedentes pessoais, exame físico (pressão arterial), antropometria (massa corporal, altura e IMC) e Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) versão curta.

RESULTADOS:

Dentre as 63 crianças em estudo, foi observado 50% de cada sexo, apresentavam-se matriculadas do 1º ao 5º ano, sendo que a maioria foi do 5º (30,64%) seguido pelo 1º ano (25,8%). Em relação ao IMC, observou-se média de 18,63±12,5 kg/m. Nas crianças em estudo, observou-se 32% acima do peso, sendo 14,5% apresentavam sobrepeso e 17,5% obesidade. Em relação aos valores de pressão arterial (PA) foi observado média de PA sistólica de 86,7±13,1mmHg e média de PA diastólica de 51,43±10,6mmHg. Em relação ao IPAQ, observou-se 38 crianças (59,37%) classificadas como insuficientemente ativo, 13 (20,31%) ativo e 11 (17,19%) muito ativo.

CONCLUSÕES:

Os achados do presente estudo mostraram que a maioria das crianças foi considerada insuficientemente ativa e verificou-se uma elevada prevalência de sobrepeso e obesidade. Em relação aos valores de pressão arterial, a maioria foi classificada dentro da normalidade. Esses achados apontam necessidade de adoção de medidas preventivas, objetivando aquisição de hábitos alimentares saudáveis juntamente com a prática regular de atividade física, na tentativa de minimizar a incidência de sobrepeso e obesidade em crianças.



O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL ESCOLA.

Anna Luiza Pires Vieira; Graciele Tatiana Franco; Lucio Padrini; Mônica Assis Rosa; Roberta Silveira Troca

OBJETIVO:

Avaliar o perfil epidemiológico das crianças internadas na unidade de terapia intensiva de um hospital escola.

MÉTODO:

Estudo retrospectivo, com abordagem qualitativa realizado no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2012. Os dados foram obtidos em banco de dados da própria unidade. A população foi classificada de acordo com a faixa etária, diagnóstico médico e evolução clínica.

RESULTADOS:

No período do estudo foram internadas 73 crianças. A idade variou de 1 mês a 16 anos sendo a idade média de 3 anos e 6 meses, os lactentes foram a faixa etária predominante, responsável por 50% das internações. Os pós operatórios foram os principais motivos de internação (50%), sendo as patologias neurológicas responsáveis por 35% das ocorrências, desses 27% apresentavam o diagnóstico de tumor cerebral e 27% eram portadores de traumatismo craniano grave. As patologias clínicas mais frequentes foram as patologias respiratórias 23%, sepse 8%, crise convulsiva e intoxicação exógena 3% cada. 8% desses pacientes internados eram desnutridos e todos foram internados na unidade após cirurgia de gastrostomia. A taxa de mortalidade foi de 13 %, a maior causa de óbito nestas crianças foram as doenças respiratórias, responsáveis por 40% dos óbitos, seguida dos traumatismo intra-craniano 30%.

CONCLUSÃO:

O conhecimento dos dados epidemiológicos de morbimortalidade de uma unidade de saúde permite a tomada de decisões estratégicas visando ao aperfeiçoamento da qualidade de atenção. A aquisição de tecnologias, o treinamento dos recursos humanos, a reavaliação dos processos de atenção e a adaptação estrutural podem ser planejados com vistas à adequação da unidade às características demográficas e de morbidade da população que ela recebe.



PERFIL DAS CARDIOPATIAS CONGÊNITAS COM INDICAÇÃO CIRÚRGICA NO PERÍODO NEONATAL DIAGNOSTICADAS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.

Bianca Rezende Rosa; Anna Luiza Pires Vieira; Mônica Assis Rosa; Allana Christina Fortunato Maciel; Edson Luiz de Lima.

OBJETIVO:

Analisar o perfil das cardiopatias congênitas com indicação cirúrgica no período neonatal diagnosticadas em uma unidade de terapia intensiva neonatal.

MÉTODOS:

Estudo de abordagem quantitativa e do tipo transversal. A amostra utilizada constitui-se de todos os pacientes admitidos na unidade de terapia intensiva neonatal com diagnóstico de cardiopatia congênita, com indicação cirúrgica no período neonatal, no período de jan/2005 a dez/2010.

RESULTADOS:

Foram internados neste período 22 neonatos. Os pacientes admitidos tinham idade média de 15 dias, 65% eram do sexo masculino com peso de nascimento médio de 3435g e apgar de 5 minuto 9. Manifestação clínica inicial das cardiopatias foi cianose em 72% dos casos. As lesões obstrutivas do lado direito do coração foram as cardiopatias mais frequentes (45%), Tetralogia de Fallot: 32%, atresia pulmonar e estenose pulmonar: 18%. O Tempo médio de internação inicial antes da transferência foi de 20 dias e 45% apresentaram sepse e insuficiência renal durante esta internação.

CONCLUSÃO:

Acredita-se que aproximadamente 30% das cardiopatias congênitas possam não ser diagnosticadas nas primeiras semanas de vida. A triagem pediátrica tem papel importante para o diagnóstico, uma vez que as malformações cardíacas congênitas apresentam amplo espectro clínico, compreendendo desde defeitos que evoluem de forma assintomática até aqueles que determinam sintomas importantes e alta taxa de mortalidade. É, portanto, de fundamental importância que o médico pediatra identifique manifestações precoces de cardiopatia congênita, bem como ausculte sopros que poderiam passar despercebidos ao exame físico do recém-nascido.

No Brasil, desde 2001 as anomalias congênitas são a segunda causa de mortalidade em menores de 1 ano, de acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM). Com o avanço da medicina, a detecção precoce e terapêutica imediata, muitos recém-nascidos poderão sobreviver.



PERFIL DOS PACIENTES COM CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.

Monica T Lacerda; Anna Luiza Pires Vieira; Lucio Padrini Andrade; Monica Assis Rosa; Leandro Pereir; Eugênio Fernandes Magalhães; Lygia Meloni Costa; Débora Râmia Curi; Mariana Monteiro Carvalho.

INTRODUÇÃO:

Cateter Percutâneo de inserção Periférica (PICC) é um cateter com tempo de permanência prolongado para a administração de antimicrobianos e nutrição parenteral, a ser instalado em acesso venoso central por uma veia periférica, que garante um acesso venoso seguro e apresenta baixos índices de infecção. Objetivo: caracterizar a utilização do cateter em uma UTI pediátrica de um hospital público.

MÉTODO:

Trata-se de uma coorte dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva pediátrica, que necessitaram da utilização do PICC no ano de 2012. Para o registro de dados foi utilizado um formulário eletrônico e planilha de cálculo online (Google drive®), para análise descritiva: MS Excel 2007® e Inferencial: Statcalc (Epi Info 6.0®).

RESULTADOS:

Foram inseridos 116 cateter, os recém nascidos foram a faixa etária predominante responsáveis por 82% dos PICC, apenas 3% apresentavam idade acima de 1 ano. 75% dos neonatos receberam o PICC com menos de 24 horas de vida. O maior motivo de indicação foi prematuridade 65% e a doença mais relacionada a prematuridade foi SDR ($p < 0,01$). Constatou-se que o acesso mais utilizado foi a veia basilíca 31% , safena 22% e a cefálica 20% . o cateter foi inserido com sucesso em 89% dos pacientes, nos restantes o procedimento de inserção resultou em fracasso relacionado a não progressão do cateter e ao sangramento na inserção. O tempo médio de permanência do PICC foi de 16 dias (máximo de 57 dias). Quanto aos motivos da retirada dos cateteres, 68% estavam relacionado ao término do tratamento e apenas 10% estavam associados a complicações como obstrução (7%) e infecção (3%).

CONCLUSÃO:

Evidenciou-se a importância do conhecimento do perfil dos pacientes que utilizaram o cateter central de inserção periférica na unidade de terapia intensiva, como fator relevante para a tomada de decisão e no planejamento e desenvolvimento de ações estratégicas voltadas para a melhoria da qualidade da assistência das crianças que necessitam de acesso venoso.

PERFIL DOS PACIENTES OBESOS ATENDIDOS NUM AMBULATÓRIO DE PEDIATRIA.

Anna Luiza Pires Vieira; Eugênio Fernandes Magalhães; Fernanda Reis Pompeu; Raíssa Saraiva Caruso; Alessandra Martins de Souza; Carolina Justo Tirloni; Aline Martins Cardoso; Rodrigo Soares Silveira; Guilherme Pereira Costa; Eli Ávila Souza Júnior.

OBJETIVO:

Avaliar o perfil dos pacientes portadores de obesidade num ambulatório de pediatria.

MÉTODO:

Estudo de abordagem quantitativa e do tipo transversal. A amostra utilizada constituiu-se de todos os pacientes atendidos na unidade básica de saúde no período de fevereiro a novembro de 2012 com IMC maior ou igual ao percentil 95, para idade e sexo, sendo a curva utilizada a da OMS, 2007. Em todos os pacientes obesos foram colhidos exames laboratoriais.

RESULTADOS:

Foram atendidos 162 pacientes neste período, 17% dos pacientes foram considerados obesos. 50% eram do sexo masculino, a idade média desses pacientes foi de 11 anos, 40% praticavam algum exercício físico duas vezes por semana e gastavam em média 5 horas do dia em frente a TV. Em relação à parte nutricional 50% não tomavam café da manhã e não faziam refeições na mesa, 100% tomavam líquidos durante refeições, apenas 14% comiam frutas e verduras diariamente e 86% referiam ingestão diária de guloseimas várias vezes ao dia.

CONCLUSÃO:

Nas últimas duas décadas, a obesidade assumiu proporções alarmantes no mundo inteiro, paralelamente ao aumento do sedentarismo e ao fácil acesso a alimentos altamente hipercalóricos. Aproximadamente 15% das crianças e 8% dos adolescentes estão obesos, e oito em cada dez adolescentes continuam até a fase adulta. As crianças, em geral, ganham peso com facilidade devido a fatores como hábitos alimentares errados, inclinação genética, estilo de vida sedentário, distúrbios psicológicos, entre outros. São alvos primordiais para a prevenção da obesidade na infância e na adolescência: promoção da alimentação saudável estimulando consumo de frutas, vegetais e cereais integrais, evitando consumo de refrigerantes e o hábito de comer assistindo TV, diminuição do sedentarismo com atividades físicas estruturadas, criação de áreas de lazer e promoção de projetos familiares. A prevenção da obesidade é mais barata e eficiente do que o seu tratamento.



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.

Anna Luiza Pires Vieira; Rita Carolina Nascimento Ramos; Karina Maia da Silva; Cristiane de Oliveira Negrão; Thessa Ribeiro de Carvalho; Bruna Xavier Rezende; Lucas Huhn Firmino; Manuel Gouvea Otero Y Gomez; Carolina Justo Tirloni; Nicholas Oliveira Duarte; Matheus Moreira Gianinni.

OBJETIVO:

Avaliar as características clínicas e epidemiológicas dos recém-nascidos internados em uma unidade neonatal.

MÉTODOS:

Trata-se de uma coorte histórica, incluindo-se todos os RN vivos com mais de 500g internados na Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário, entre 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2011.

RESULTADOS:

Foram internados 121 RN, apenas 1% foram encaminhados de outros serviços. A porcentagem de RN prematuros foi de aproximadamente 80%, sendo que destes 18,5% eram extremo baixo peso e 29% muito baixo peso, com idade gestacional em média de 32 semanas e o peso de 1900g. A síndrome do desconforto respiratório foi responsável por 68% das internações e as malformações congênitas por 13%. Com relação as malformações aproximadamente 43% eram cardiopatias congênitas complexas e 7% das internações foram devido a asfixia neonatal. A mortalidade neonatal foi de 21%.

CONCLUSÃO:

O conhecimento da população internada, permite um atendimento mais adequado aos recém-nascidos que necessitam de tratamento, além de permitir mudanças no perfil de ações, intervindo diretamente junto aos processos assistenciais. A mortalidade neonatal é ainda difícil de ser controlada em nossa região e, apesar da redução nas últimas décadas, a mortalidade infantil permanece ainda como um grande desafio para a saúde pública.



PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO E DÚVIDAS MAIS FREQUENTES DE UM GRUPO DE GESTANTES ATENDIDAS PELO PROJETO DE ASSISTÊNCIA À MÃE E AO RECÉM-NASCIDO – PROJETO AMAR.

Anna Luiza Pires Vieira; Edson Luís de Lima; Eugênio Fernandes Magalhães; Matheus Valejo Peixoto; Otávio Vilela de Figueiredo; Paulo André Alves Pereira; Pedro Guilherme de Paula Bariani; Pedro Paulo Costa Reis; Ricardo Pereira Fraga; Rafael Nunes Chagas Brito.

OBJETIVO:

O projeto AMAR visa incorporar os acadêmicos aos grupos de reuniões com as gestantes nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família do município de Pouso Alegre, a fim de desenvolver de desenvolver atividades educativas, com linguagem clara e compreensível, proporcionando respostas às indagações das gestantes e a troca de experiências positivas entre elas, na tentativa de promover uma melhor qualidade de vida e saúde durante a gestação e o puerpério, tanto para a mãe quanto para o recém-nascido.

MÉTODO:

Será elaborado um relatório final com o perfil sócio-demográfico das gestantes acompanhadas durante o corrente ano, suas dúvidas mais frequentes, dificuldades encontradas durante a gestação, puerpério e cuidados com o recém-nascido.

RESULTADOS:

Até o momento, foi organizada uma reunião inicial com o grupo de gestantes na Equipe de Estratégia de Saúde da Família do bairro Jatobá, em de Pouso Alegre, a fim de inaugurar o projeto de extensão, com a participação de acadêmicos de medicina, uma nutricionista e uma pediatra, onde foram discutidos assuntos como a adequada alimentação da gestante, amamentação, vacinações e crescimento e desenvolvimento do recém-nascido. A idade média das gestantes foi de 23 anos, e as dúvidas constatadas foram referentes a alimentação.

CONCLUSÃO:

Trata-se de um projeto multidisciplinar que possibilita aos estudantes envolvidos ampliar a visão sobre gestação e puerpério, potencializando suas práticas em saúde e comprometimento social, além de oferecer às gestantes uma melhor compreensão sobre o processo gravídico-puerperal, em busca de melhores condições de vida e saúde a estas mulheres.



PREVALÊNCIA E FATORES EPIDEMIOLÓGICOS E CLÍNICOS DE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL EM ADOLESCENTES, DE ACORDO COM OS CRITÉRIOS DE ROMA III.

Bruna Suelen Raymundo Luz; Rafael Baroni Carvalho; Luciana de Almeida; Thiago Ravanini Mourão; Maria Aparecida Santos Araújo; Anna Luiza Pires Vieira; Félix Carlos Ocáriz Bazzano; Marcos Mesquita Filho.

OBJETIVO:

Determinar a prevalência de constipação intestinal nos adolescentes de 15 a 20 anos, de acordo com os critérios de Roma III e analisar os fatores epidemiológicos e clínicos da constipação intestinal na população estudada.

MÉTODO:

Estudo do tipo transversal, observacional, individual e analítico, sendo aplicados quatro instrumentos à 449 estudantes de Pouso Alegre-MG.

RESULTADOS:

14,7% dos adolescentes foram encaminhados para consulta especializada e caracterizados como portadores de CIF; encontrou-se maior proporção ($p < 0,001$) de constipados naqueles que não praticavam exercícios físicos (19,3%) e naqueles que praticavam apenas uma vez por semana (26,5%); o fato de receber o diagnóstico de CIF, esteve associado ao menor consumo de frutas naquela população ($p < 0,001$); mulheres (65,2% - $p < 0,05$) e indivíduos das classes D e E (65% - $p < 0,05$) predominaram na população diagnosticada.

CONCLUSÃO:

A prevalência encontrada de CIF em adolescentes de 15 a 20 anos foi de 14,7%. O hábito de comer frutas e de praticar exercício físico duas ou mais vezes por semana mostrou-se fator de proteção para CIF.



QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS COM DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE.

Taciane Naressi Zambinati¹; Álvaro Tolentino Mendes¹; Gabriela de Andrade Vieira¹; Anália Cristina Xavier de Oliveira¹; Tereza Cristina Carbonari de Faria²; Juliana Bassalobre Carvalho Borges².

¹ Discentes da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL-MG

² Docentes da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL-MG

OBJETIVO:

Avaliar a percepção de qualidade de vida (QV) em crianças com DMD e comparar com crianças controle, sem a distrofia e de idade correlatas.

MÉTODO:

Estudo sobre a QV realizada na clínica de fisioterapia da Universidade Federal de Alfenas-MG. Os responsáveis assinaram termo de consentimento livre e esclarecido. Foram investigadas quatro crianças entre 9 e 15 anos com DMD, do sexo masculino. Foram considerados 4 indivíduos controle do mesmo sexo, faixa etária e IMC, sendo os mesmos estudantes de escola pública no período de abril a julho de 2013. A QV foi avaliada por meio do instrumento *AUQUEI - Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé* na sua versão traduzida e validada para a língua portuguesa por Assumpção Jr. et al. (2000). Para análise estatística foi utilizado o teste *t* pareado com nível de significância 5%.

RESULTADOS:

Nas crianças com DMD, em relação ao IMC observou-se 1 paciente eutrófico e 3 obesos. O escore médio total da QV foi 53,0 pontos ($\pm 7,65$), considerando ponto de corte 48, resultando 75% com QV positiva e 25% com QV prejudicada (1 criança com 43 pontos). O domínio lazer apresentou o maior valor, e a autonomia a menor percepção de QV. Nas crianças controle, no IMC observou-se, 1 eutrófico e três obesos. O escore médio total da QV foi 55,0 pontos ($\pm 2,45$), todas as crianças controle com QV positiva. No domínio lazer os resultados foram iguais aos de crianças com DMD. Na comparação entre a percepção da QV das crianças com e sem DMD observou-se resultado não significativo ($p > 0,05$).

CONCLUSÃO:

Os achados do presente estudo mostram que a QV das crianças foi considerada positiva, sendo somente uma criança com DMD considerada QV prejudicada e é melhor no domínio lazer. Na comparação das crianças com e sem DMD não foi observado diferença na percepção da qualidade de vida, mostrando que mesmo as crianças apresentando comprometimento motor importante, não se sentem prejudicadas em relação a qualidade de suas vidas. O presente estudo apresenta-se em andamento buscando ampliar a amostra e comprovar melhor os resultados encontrados.



QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS NO MUNICÍPIO DE ALFENAS/MG.

Mariana Fulanetti Costa¹; Flávia Aparecida de Lima¹; Martha Aparecida de Lima¹; Paulo Ricardo Rodrigues Gonçalves¹; Bruno Haislan Ferreira¹; Denise Hollanda Lunes²; Carmélia Bomfim Jacó Rocha²; Juliana Bassalobre Carvalho Borges².

¹ Discente do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Alfenas, UNIFAL-MG

² Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Alfenas, UNIFAL-MG

RESUMO:

Objetivo: Avaliar a percepção de qualidade de vida em crianças de uma escola municipal na cidade de Alfenas, MG.

MÉTODO:

Foi realizado estudo transversal e descritivo em crianças, matriculadas no ensino infantil e fundamental de uma escola da rede municipal da cidade de Alfenas/MG. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e os responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram investigadas 62 crianças entre seis e 11 anos (idade média de $8,5 \pm 1,59$ anos) de ambos os sexos, no período de maio a agosto de 2013. Foram excluídos os alunos não autorizados pelos responsáveis, os ausentes no dia da avaliação e os que recusaram-se em participar. Todas as crianças foram submetidas à avaliação por protocolo que constava: dados pessoais, perguntas sobre hábitos de vida, exame físico (IMC) e avaliação da QV. A QV foi avaliada por meio do instrumento *AUQEI - Autoquestionnaire Qualité de Vie Infant Imagé*, na sua versão traduzida e validade para a língua portuguesa.

RESULTADOS:

Dentre as 62 crianças avaliadas, 50% eram de cada gênero. Houve predomínio da faixa etária de sete anos (22,58%) e 10 anos (37,09%). A maioria das crianças estava matriculada no 1º (25,8%) e no 5º ano (30,64%). Nas crianças em estudo, observou-se que 68% eram eutróficas e 32% acima do peso. Dentre as crianças acima do peso, 14,5% apresentavam sobrepeso 17,5% obesidade. O escore médio total da QV foi de $52,16 \pm 5,42$ pontos, considerando ponto de corte 48, 87% das crianças encontravam-se com QV positiva e 13% com QV prejudicada. O domínio lazer apresentou o maior valor e autonomia, a menor percepção de qualidade de vida.

CONCLUSÕES:

Os achados do presente estudo mostram que a QV das crianças foi considerada na maioria como positiva e com melhor domínio, o lazer. O presente estudo apresenta-se em andamento buscando ampliar a amostra e destaca a importância de outras pesquisas com qualidade de vida para aprofundar essa discussão nas diferentes faixas etárias.



TABAGISMO, ÁLCOOL E OS EFEITOS NA QUALIDADE DO SONO EM ESTUDANTES UNIVERISTÁRIOS.

Tamy Fagundes Moreira; Débora Daltro Michelin; Olavo Raimundo Guimarães Junior; Roberta Porreca Azzolini; Bruno Roma; Sarah Naves Felizali Barbosa; Thiago Donizeth Silva; Evelise Aline Soares; Gema Mesquita; Rubens Reimão.

OBJETIVO:

Através de estudo transversal descritivo entre 710 universitários de ambos os gêneros, com idades entre 17 e 25 anos, investiga-se o efeito do tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas na percepção do sono.

MÉTODO:

Utilizamos questionário objetivo, autoavaliativo para o consumo do álcool e tabaco. Para avaliar a qualidade do sono é utilizado o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP).

RESULTADOS:

Os resultados apresentados mostram que entre os tabagistas obteve-se a média de 8,1 para o escore do sono ($p = 0,008$), 70,5% foram classificados como maus dormidores (MD) e 14,7% declararam dormir menos de 5 horas por noite; entre os não tabagistas observamos a média de 6,4 para o escore do sono, 59,7% foram classificados MD e 29,9% dormem menos de 5 horas por noite. Observamos associação não significativa no escore do sono relacionado pela frequência ao consumo de álcool ($p = 0,3$ *Kruskal-Wallis*).

CONCLUSÃO:

O tabagismo influencia, significativamente, a percepção do sono e quanto maior a frequência ao consumo de álcool escores do sono mais elevados e maior número de maus dormidores.



TRATAMENTO CONVENCIONAL DA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL CRÔNICA FUNCIONAL EM ADOLESCENTES DE 16 A 19 ANOS, NO PERÍODO DE SEIS MESES.

Thiago Ravanini Mourão; Rafael Baroni Carvalho; Bruna Suelen Raymundo Luz; Luciana De Almeida; Maria Aparecida Santos Araújo; Anna Luiza Pires Vieira.

OBJETIVO:

Avaliar o efeito do tratamento convencional da constipação intestinal crônica funcional (CICF) e da orientação nutricional no período de seis meses.

MÉTODOS:

Estudo do tipo longitudinal, observacional, individual e descritivo, sendo aplicados dois instrumentos a todos pacientes encaminhados de uma triagem anterior composta por 449 estudantes de Pouso Alegre-MG. As consultas foram realizadas no ambulatório de proctologia do Hospital Das Clínicas Samuel Libânio (HCSL). As análises estatísticas foram exclusivamente descritivas através de proporções.

RESULTADOS:

Dos 14,7% dos adolescentes que foram encaminhados para consulta especializada e caracterizados como portadores de CICF, somente 15,1% dos diagnosticados compareceram e foram submetidos ao tratamento proposto. Nos 10 pacientes que foram submetidos ao tratamento convencional (com farelo de trigo e orientações), foi observado uma melhora no quadro das frequências evacuatórias e nas características das fezes. O calibre e a coloração das fezes não tiveram mudanças significativas.

CONCLUSÃO:

A inclusão do tratamento convencional para CICF mostrou-se eficaz no aumento da frequência evacuatória e na melhora da consistência fecal.



USO NOTURNO DO COMPUTADOR E SEUS EFEITOS SOBRE A QUALIDADE DO SONO, O APROVEITAMENTO ESCOLAR E O STRESS EM ADOLESCENTES.

Sarah Naves Felizali Barbosa; Débora Daltro Michelin; Olavo Raimundo Guimarães Junior; Roberta Porreca Azzolini; Bruno Roma; Tamy Fagundes Moreira; Thiago Donizeth Silva; Evelise Aline Soares; Gema Mesquita; Rubens Reimão.

OBJETIVO:

Analisar a qualidade do sono e a influência do uso noturno do computador na qualidade do sono em um grupo de adolescentes e comparar os fatores de variação: uso noturno do computador, turnos de estudo, sintomas de stress, número de pessoas que dormem no quarto, os gêneros, as faixas etárias com a qualidade do sono e o aproveitamento escolar entre estudantes do segundo grau.

MÉTODO:

Para o desenvolvimento desta pesquisa foram escolhidas duas instituições educacionais do ensino médio, na cidade de Alfenas, Minas Gerais, Brasil. Para a coleta de dados aplicou-se: Questionário para o uso do computador com a finalidade de coletar informações sobre o horário e a quantidade de horas do uso do computador durante as noites; Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP) utilizado para quantificar a qualidade do sono; Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp (ISSL) que visa identificar de modo objetivo a sintomatologia de stress e os boletins dos alunos por meio dos quais foram recolhidas as faltas e as notas dos alunos.

RESULTADOS:

A análise dos dados pela Regressão Logística Múltipla para o estudo da qualidade do sono observou-se: o uso noturno do computador ($p - \text{valor} = 0,0062$) e o stress ($p - \text{valor} = 0,0049$) em conjunto são os fatores que influenciaram negativamente a qualidade do sono. E quanto ao aproveitamento escolar pela análise de variância múltipla viu-se que: os fatores: turno da manhã ($p - \text{valor} = 0,0082$), o sexo feminino ($p - \text{valor} = 0,0516$), o stress ($p - \text{valor} = 0,0596$) e quanto menor o número de faltas ($p - \text{valor} = 0,0012$) influenciaram positivamente no aproveitamento escolar.

CONCLUSÃO:

Observou-se que padrões irregulares do sono, sendo relevante o uso de computador durante a noite, deterioram a qualidade do sono e afetam o humor. Uma forma de melhorar a qualidade do sono é através de uma boa higiene do sono que consistiria em horários regulares deitar e levantar, evitar o uso excessivo do computador durante as noites e manter uma duração do sono adequada a sua faixa etária. Podendo trazer melhora na qualidade do sono e na qualidade de vida.

VARICELA, UMA IMPORTANTE DOENÇA A SER COMBATIDA.

Anna Luiza Pires Vieira; Karina Maia da Silva; Rita Carolina Nascimento Ramos; Thessa Ribeiro de Carvalho; Amália Bonfogo; Ana Carolina de Paula Castro Rosas; Livia Machado Rodarte; Marcela Guimarães Rígoli; Marcela Vilela Hipólito e Vanessa Ayres Pícolo.

OBJETIVO:

Evidenciar as principais complicações dos pacientes internados por varicela e sua evolução devido à importância da redução da morbi-mortalidade com a utilização de imunização.

MÉTODO:

Realizou-se um estudo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa, evidenciando as principais complicações dos pacientes internados por varicela e sua evolução. Os dados foram obtidos pelo levantamento de casos notificados e busca ativa de prontuários no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2013.

RESULTADOS:

No período estudado, o total de casos de varicela associados a complicações foram 19. A idade média das crianças com varicela complicada foi de 3 anos. A principal complicação encontrada no estudo foi a infecção secundária de pele. Apesar do universo pequeno de pacientes internados, ocorreram 2 óbitos no período estudado, o que corresponde a 10% da amostra.

CONCLUSÃO:

Existem poucos estudos no Brasil que evidenciem o impacto da vacinação contra a varicela, porém estudos estrangeiros comprovam a redução dos casos de internação e o benefício da vacina em comparação com os gastos com as complicações.

Na literatura, a idade de acometimento pela doença foi fator de maior relevância em comparação com condições clínicas prévia dos pacientes.

Dada a redução de complicações e óbitos que poderia ser alcançada com a vacinação contra a varicela, torna-se importante a realização de mais estudos e a divulgação de dados que avaliem o custo-benefício da vacinação, incentivando sua implantação universal.



ALTERAÇÕES MORFOFUNCIONAIS NAS FISSURAS PÓS FORAME INCISIVO.

Débora Daltro Michelin; Olavo Raimundo Guimarães Junior; Roberta Porreca Azzolini; Mariana Junqueira Silva; Bruno Roma; Thiago Donizeth Silva; Rafaela de Abreu Silva; Leocádia Camila Vieira Zuba; José Assis Carvalho Corrêa; Evelise Aline Soares

INTRODUÇÃO:

As fissuras palatais são malformações faciais que causam comprometimentos físicos, emocionais e sociais. A amplitude das fissuras palatais é variável podendo apresentar pequenas deformidades na anatomia do palato ou até, complexas deformações nesta região. As fissuras palatais são classificadas clinicamente de acordo com sua relação anatômica com o forame incisivo, daí surge à classificação: fissuras pós forame incisivo. Estas fissuras podem ser incompletas, afetando apenas o palato mole e a úvula, ou completas causando deformação no palato duro e mole.

OBJETIVO:

O presente trabalho tem por objetivo descrever as alterações morfofuncionais nas fissuras pós forame incisivo.

METODOLOGIA DETALHADA:

Utilizaram-se as bases de dados Medline, Scielo e Lilacs, no período de 1990 até 2013. Nas bases de dados nacionais e internacionais foram utilizados os seguintes termos de indexação: Fissuras palatais (Cleft palate), malformação crâniofacial (Craniofacial anomalies) e morfofisiologia do palato (morphophysiology palate). Os artigos foram selecionados e fichados. Resultado: Foram levantados quarenta artigos, sendo 17 relacionados diretamente as fissuras palatais, 15 descrevendo as anomalias craniofaciais, 08 abordando a morfofisiologia do palato. Quinze artigos foram obtidos na Medline, doze artigos no Lilacs e treze no scielo.

DISCUSSÃO:

Anatomicamente, o palato duro é formado pela lâmina horizontal do osso palatino e pelo processo palatino da maxila, unido por articulações fibrosas, além apresentar forames para a passagem de nervos, vasos sanguíneos e linfáticos. O palato mole é constituído por músculos situados posteriormente ao palato duro. Os músculos do palato mole exercem a função de esfíncter (velofaríngeo) durante a deglutição e fonação. As anomalias de palato acarretam desordens na deglutição e fonação. Estas perdas funcionais que podem ser amenizadas com correções cirúrgicas (palatoplastias e faringoplastias) e terapias funcionais.

CONCLUSÃO:

As fissuras pós forame incisivo atingem cerca de uma a cada 1.000 crianças nascidas no mundo. O tratamento desta malformação craniofacial envolve uma equipe multidisciplinar e tratamentos que variam de procedimentos cirúrgicos realizados em diferentes faixas etárias e terapias que auxiliaram na reabilitação funcional e emocional do paciente. Os conhecimentos anatômicos e funcionais do palato, assim como a compreensão das desordens anatômicas nas fissuras pós forame incisivo garante ao médico orientações, procedimentos e conduta corretas na assistência deste paciente e seus familiares.



MANUAL DE ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ E PÓS- OPERATÓRIO PARA PACIENTES FISSURADOS.

Eduardo Ferreira da Silva; Débora Daltro Michelan; Olavo Raimundo Guimarães Junior;
Roberta Porreca Azzolini; Bruno Roma; Marcos Vinicius Freitas de Souza; Emanuel de Oliveira
Thimóteo; Enaura Priscila Pimenta; Thiago Donizeth Silva; Evelise Aline Soares.

INTRODUÇÃO:

As anomalias congênitas afetam cerca de 5% dos nascidos vivos em todo o mundo. As fissuras causam desordens anatômicas e funcionais variadas, quanto maior a extensão, maiores são os distúrbios na deglutição, fonação e na estética. O tratamento baseia em reparo cirúrgico (reestabelecer a anatomia local) e terapias (reabilitação funcional do sistema estomatognático, fala, linguagem e apoio emocional). O tratamento cirúrgico está diretamente relacionado à deformidade anatômica e ao cronograma de crescimento craniofacial. Deste modo o reparo cirúrgico não poderá ocorrer imediatamente após o nascimento. As cirurgias mais comuns são: 1) queiloplastias - correção do lábio; 2) palatoplastias – reparo do palato. Os cuidados pré e pós-operatório são fundamentais para o sucesso da intervenção.

OBJETIVOS:

1) Descrever o cronograma cirúrgico para as fissuras labiopalatais, tendo como base a cronologia de crescimento craniofacial; 2) Elaborar um manual com orientações sobre os cuidados pré e pós-operatório para pacientes fissurados e seus responsáveis.

METODOLOGIA DETALHADA:

Utilizaram-se bases de dados Medline, Scielo e Lilacs, sem delimitação de período devido à escassez de publicações. Nas bases de dados foram utilizados os seguintes termos de indexação: fissuras palatais/cirurgia, fissuras lábio/cirurgia, malformação crâniofacial e orientações pós-operatórias.

RESULTADOS: Foram levantados 25 artigos relacionados aos termos de indexação.

DISCUSSÃO:

O referencial consultado deixa claro a dificuldade de mães e pacientes nas orientações pré-operatórias nos cuidados pós-operatórios. A falta nestes cuidados podem ocasionar infecções ou até mesmo a perda do procedimento cirúrgico. Os profissionais muitas vezes desconhecem as orientações corretas para cada tipo de fissura no pré e pós-operatório. Embora comuns, as fissuras não são detalhadamente abordadas em cursos de graduações da área da saúde. A correção cirúrgica podem ter início no primeiro ano de vida e os profissionais da saúde devem suprir as dúvidas das mães com relação a deformidade e o procedimento cirúrgico.

CONCLUSÃO:

A orientação pré e pós-operatória envolve diferentes profissionais. Estes profissionais devem conhecer as alterações anatômicas e funcionais causadas pelas fissuras, os fatores emocionais associados a uma deformidade de face e as inseguranças dos envolvidos perante o diagnóstico e cirurgias corretivas. Desta forma, o manual de orientação se torna um recurso auxiliar importante nos cuidados com o paciente fissurado.



ACHADO DE RIM EM BOLO EM PACIENTE COM MALFORMAÇÃO SACRAL – RELATO DE CASO.

CFM Allana; COB Félix; SP Thiago; FCA Ítalo; OS Bruno; FA Matheus; FA Lucas; GM Juliano; RO Laís; SP Isabela.

INTRODUÇÃO:

O rim em bolo é uma rara anormalidade congênita do trato geniturinário, com pouco mais de 20 casos descritos na literatura. O termo rim em bolo foi definido por Glenn em 1958 como "uma anormalidade na qual todas as substâncias do sistema renal são fusionadas em uma única massa, localizada na parte inferior da pelve, da qual dois ureteres drenam, separadamente e em orifícios ortópicos do trígono vesical".

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO:

Paciente A.K.S.R., feminino, branca, nascida em 21/01/2008 de parto normal a termo apresentando pé torto congênito e anomalia anorretal alta. Procurou o serviço de urologia pediátrica do Hospital das Clínicas Samuel Libânio com 23 dias de vida com quadro de infecção do trato urinário devido a refluxo vesico ureteral. Ao ultrassom foi constatado rim direito de dimensões aumentadas e dilatação pielocalicial, sugestivo de hidronefrose. O rim esquerdo não foi visualizado. Com 9 meses, retornou ao serviço para internação e realização de reimplante vesical de ureter direito devido a RVU. Nesta ocasião foram descobertas má formações genitourinárias. Volta ao serviço um mês depois, para realização e uretrocistografia miccional e investigação de síndrome de regressão caudal, ocasião na qual foi descoberto rim único em bolo.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

O rim em bolo é uma anormalidade congênita definida como a fusão completa de ambos os rins, compreende apenas 2% de todos os casos de fusões renais. Pode ser diagnosticado em qualquer faixa etária e, assim como outras anormalidades de fusão renal, é encontrada mais frequentemente em homens. Ao exame anatômico, o rim em bolo possui uma face anterior lobulada e uma posterior lisa e homogênea. A pelve renal está situada anteriormente ao rim e, geralmente, estes possuem dois ureteres que drenam para a bexiga nas regiões anatômicas normais do trígono vesical. Estas anormalidades podem apresentar algumas alterações histológicas: glomérulos imaturos, alterações císticas, alargamento e dilatação de túbulos, ou até doença renal crônica. Em outros casos, pode haver sinais de isquemia secundária a uma anormalidade do suprimento sanguíneo. Em alguns casos pode haver infecção secundária às obstruções e calculose ou dor localizada decorrente da tração dos vasos renais pelo peso do órgão; em outros, o diagnóstico inadequado de tumor renal pode levar à realização de uma nefrectomia inadvertida.



ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE CRIANÇA PORTADORA DE PARALISIA CEREBRAL.

Karine Amanda da Silva; Letícia Faria da Silva; Cristiane Loureiro Matni.

INTRODUÇÃO:

A paralisia cerebral (PC) é uma desordem de caráter não progressivo do tônus, da postura e do movimento, decorrente de uma lesão no cérebro em desenvolvimento a qual interfere na maturação do sistema nervoso central, podendo apresentar outras deficiências associadas. Sob o ponto de vista odontológico algumas características se fazem presentes nesses pacientes. O objetivo deste trabalho é relatar a atenção odontológica uma criança portadora de paralisia cerebral.

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO:

Paciente AJM, 7 anos, leucoderma, gênero masculino foi encaminhado pela fonoaudióloga para avaliação odontológica no serviço de odontologia para pacientes especiais do município de Pouso Alegre. No exame extra-oral verificou-se respiração bucal e lábios hipotônicos. Ao intra-bucal observou-se dentição mista, mordida aberta, desgaste excessivo dos dentes, gengiva edematosa, língua hipotônica, palato ogival, presença de cálculo supra-gengival e lesão de cárie no dente 53. Foi realizada orientação de higiene bucal diferenciada e dieta para mãe e a criança foi submetida à profilaxia, raspagem, aplicação de verniz fluoretado e ART (Tratamento Restaurador Atraumático) no dente 53.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

A higienização bucal de pacientes com PC torna-se bastante difícil, facilitando o aparecimento da doença cárie dentária e doença periodontal. A falta de informação dos responsáveis quanto os cuidados bucais também comprometem a saúde bucal desses pacientes. Assim é de suma importância o acesso ao tratamento odontológico desses pacientes tenra idade.

É de suma importância o acesso ao tratamento odontológico, em tenra idade, de crianças portadoras de paralisia cerebral promovendo assim melhor qualidade de vida.



ATRESIA DUODENAL EM RECÉM-NASCIDO – RELATO DE CASO.

GL Thulio; FA Matheus; FA Lucas; COB Félix; RR Bianca; OS Bruno; FMU Diego; RO Laís; GM Juliano; BC Rafael.

INTRODUÇÃO:

A atresia duodenal é uma rara anomalia congênita que atinge cerca de 1 em 7.500 - 10.000 nascidos vivos, na qual há uma má formação do duodeno com completa obstrução intestinal. Clinicamente se manifesta por vômitos repetidos após alimentação com eventual distensão abdominal devido à dilatação gástrica. O tratamento é cirúrgico com recanalização do duodeno.

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO:

Paciente R.M.P., branco, nascido em 14/04/2013 de parto cesárea a termo pesando 3.695 g, procurou o serviço de pediatria do Hospital das Clínicas Samuel Libânio com 8 dias de vida devido a episódios repetidos de vômito, com quadro de icterícia, sendo internado e submetido a fototerapia. A ultrassonografia mostrou distensão gasosa de alças intestinais, sugestivo de obstrução intestinal e a radiografia abdominal apresentou o sinal da dupla bolha e estenose do terço superior do duodeno, sendo levantado o diagnóstico de atresia duodenal que posteriormente foi confirmado na cirurgia. Dezesete dias após a admissão foi realizada a cirurgia por meio de laparotomia exploradora transversal infraumbilical. O duodeno foi reaberto e foi feita a anastomose duodeno-duodenal sem intercorrências com alta do paciente 20 dias após a cirurgia.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

Atresia é a causa mais importante de obstrução duodenal e provavelmente seja decorrente de falência na recanalização duodenal, aproximadamente entre a nona e a 11ª semanas de gestação, normalmente vem associada com outras anomalias como má-rotação do intestino delgado, ânus imperfurado, atresia do intestino delgado, atresia biliar, pâncreas anular, cardiopatia congênita e anomalias renais, as duas últimas presentes também no caso relatado. Sendo os defeitos do coxim endocárdico e do canal atrioventricular as cardiopatias mais prevalentes em pacientes com Síndrome de Down.

A classificação mais aceita é dividida em três tipos:

Tipo I: membrana mucosa. A camada muscular está intacta nestes casos. A porção do duodeno proximal à atresia está dilatada e a porção distal está estreitada;

Tipo II: há um cordão fibroso interposto às extremidades do duodeno atrésico;

Tipo III: há completa separação das extremidades do duodeno atrésico. Comumente associada a anomalias ductais biliares incomuns.

A maioria dos casos de atresia é diagnosticada durante os sete e oito meses de vida intrauterina. Deve-se suspeitar quando for evidenciado poliidrâmnio em conjugação a uma "dupla bolha" preenchida com líquido durante o pré-natal.



ATRESIA RETAL: RELATO DE UM CASO

Vanessa Souza Brito; Rodrigo Campos Ocariz; Félix Carlos Ocariz Bazzano; Glaycon Baeta Lopes; Marco Aurélio Santos De Oliveira.

INTRODUÇÃO:

A atresia retal é uma malformação congênita em que o reto possui um fundo cego. Nesta anomalia anorretal, a avaliação inicial do recém-nascido (RN) revela um ânus de aspecto normal e um canal anal aparentemente sem alterações. É uma malformação rara, representando em séries publicadas de 1 a 4% das anomalias anorretais.

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO:

Análise do caso de um RN pré-termo de 33 semanas e 5 dias, de parto cesáreo, sexo masculino, Apgar 9/10 e peso 2025g. Logo após o nascimento, o RN evoluiu com sinais de insuficiência respiratória moderada e crises frequentes de apneia, porém com radiografia de tórax e exames laboratoriais de triagem neonatal sem alterações, sendo colocado em CPAP e mantido em dieta zero, com sonda orogástrica (SOG) aberta. Com 24 horas de vida, seguiu inalterado o quadro respiratório, com introdução de aminofilina e posteriormente dobutamina. Com 48 horas de vida, o RN apresentava-se hipoativo, sem eliminação de mecônio, com importante distensão abdominal e secreção biliar via SOG, com piora do padrão respiratório e maior frequência de apneias, com murmúrio vesicular diminuído à ausculta. Foi realizado toque retal, sem progressão além do esfíncter anal. Em radiografia toraco-abdominal, foi evidenciado pneumoperitônio e distensão intestinal com efeito compressivo sobre o pulmão. O RN foi, então, submetido à cirurgia, com constatação de peritonite meconial devido à perfuração do ceco e confirmada a hipótese diagnóstica de atresia retal. Realizada sigmoidostomia. Introduzido antibioticoterapia com ampicilina e amicacina e suspensas aminofilina e dobutamina. Extubado o RN após a cirurgia, o padrão respiratório evoluiu com melhora gradativa até ausência de crises de apneia e sinais de esforço respiratório. Não existiram alterações clínicas e laboratoriais que evidenciassem quadro séptico. Ao sexto dia de pós-operatório, teve início a dieta enteral, com sigmoidostomia funcionante, possibilitando alta hospitalar ao paciente, o qual retornará para reconstrução do trânsito intestinal em um segundo tempo.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O diagnóstico precoce da atresia de reto é imprescindível para evitar complicações graves, e por vezes fatais, como a perfuração intestinal, que é um desfecho inevitável caso o diagnóstico não seja devidamente feito. Deve-se dar atenção a casos de ausência de eliminação de mecônio após tempo prolongado de nascimento e modificações nos padrões respiratórios não responsivas ao tratamento e associadas à distensão abdominal.



BLOQUEIO ATRIOVENTRICULAR TOTAL EM RECÉM-NATO DE MÃE LÚPICA.

Bianca Rezende Rosa; Allana Christina F. Maciel; Anna Luiza Pires Vieira; Mônica Assis Rosa; Edson Luiz De Lima.

INTRODUÇÃO

A Síndrome do lúpus neonatal (SLN) é doença rara, caracterizada por processo autoimune em que existe passagem de autoanticorpos maternos, anti-Ro (SS-A), anti-La (SS-B) e/ou anti-U1RNP por via transplacentária para o feto. Em 40% a 60% dos casos, quando é estabelecido o diagnóstico ao filho, não existe diagnóstico anterior de doença reumatológica materna. Clinicamente é caracterizada por bloqueio cardiogênico e/ou lesões cutâneas e, eventualmente, associada às alterações hematológicas e hepáticas.

Alterações cardíacas são as principais manifestações, caracterizando-se geralmente por BAVT. É no período DE 18 a 24 semanas que ocorre elevação da passagem transplacentária da IgG materna para o feto, o que reforça o mecanismo fisiopatogênico dos anticorpos anti-SSA/Ro e anti SSB/La. A presença de anticorpos anti-SSA/Ro justifica a presença de BAV.

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO:

Paciente OFO, sexo masculino, nascido em 31/08/2011 de parto cesárea devido a sofrimento fetal crônico, com 39 semanas, peso ao nascimento de 3155g, apgar 9/9. RN portador de bloqueio atrioventricular total (BAVT) com diagnóstico pré-natal e mãe portadora de Lupus Eritematoso Sistêmico (LES) em uso de cloroquina e AAS a partir do 2º trimestre de gestação. RN foi encaminhado para a unidade de terapia neonatal no primeiro dia de vida, com quadro de cianose de extremidades e bradicardia.

No quarto dia de internação evoluiu com desconforto respiratório moderado, hepatomegalia importante, edema, ritmo cardíaco irregular, presença de extrassístoles, hipofonese de bulhas e aumento da área cardíaca ao Raio-X. Estava em uso de dobutamina de 10ug/Kg/min e isoprenalina de 0,1ug/Kg/min. No sétimo dia de internação apresentou choque com baixo débito cardíaco e sepse tardia, sendo realizada a implantação de marcapasso de câmara única. Após implante evoluiu com ausculta cardíaca rítmica, permanecendo internado para tratamento de sepse tardia por Staphylococcus epidermidis. No 14 dia de internação recebeu alta.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

Crianças com bloqueio cardiogênico necessitam, geralmente, usar marcapasso até que os ritmos cardíacos não causem nenhuma lesão ao paciente. Não existe tratamento preventivo para a síndrome, sendo recomendado que a gestação de mães com anticorpos anti-Ro/SSA ou anti-La/SSB tenha acompanhamento de frequência cardíaca fetal rigorosa.

O binômio LES e gravidez devem ser conduzidos como gestação de alto risco, devendo sempre ser indicado acompanhamento rigoroso, sendo as pacientes esclarecidas dos riscos materno-fetais.

CARDIOPATIA NO PERÍODO NEONATAL: RELATO DE CASO.

Roberta Silveira Troca; Leandro Pereira; Anna Luiza Pires Vieira; Edson Luiz de Lima.

INTRODUÇÃO:

A cada 100 recém-nascidos que nascem, 1 será portador de cardiopatia congênita, destes 30% recebem alta da maternidade sem diagnóstico. A Tetralogia de Fallot (TF) é a forma mais comum de cardiopatia congênita cianótica fora do período neonatal e é uma das principais causas de morbimortalidade. É descrita originalmente por uma comunicação interventricular (CIV), estenose pulmonar, cavalgamento aórtico e hipertrofia do ventrículo direito. O espectro clínico vai desde o recém-nascido hipoxêmico até sem nenhuma sintomatologia. A maioria dos pacientes com tetralogia de Fallot tem um sopro sistólico da metade para cima da borda esternal esquerda, gerado no local da estenose pulmonar.

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO:

RN sexo masculino, termo, peso de nascimento 3395g, AIG, apgar 9,10 encaminhado ao alojamento conjunto com a mãe. História gestacional: Mãe, 21 anos primigesta, pré natal sem intercorrências, sem história pregressa de síndromes familiares ou anomalias congênitas. Foi realizado exame físico no recém-nascido após 12 horas de vida, onde foi detectado presença de sopro sistólico na borda esternal esquerda. Raio X de tórax, ECG e teste do coraçãozinho sem alterações. Ecocardiograma no terceiro dia de vida, evidenciou o cavalgamento aórtico no septo interventricular associado à estenose pulmonar, sendo diagnosticada a Tetralogia de Fallot. Paciente teve alta após 72 horas do nascimento, foi prescrito Propranolol 1mg/Kg/dia, e orientado o acompanhamento no ambulatório de cardiopediatria. Discussão: Todos os anos, cerca de 130 milhões de crianças nascem no mundo com algum tipo de cardiopatia congênita. Só no Brasil, são aproximadamente 21.000 bebês que precisam de algum tipo de intervenção cirúrgica para sobreviver. Desses, 6% morrem antes de completar um ano. O número é alto. Mas ainda maior é o déficit de atendimentos a essas crianças: 62% dos brasileiros que nascem com algum tipo de doença genética no coração não encontram atendimento.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

A Tetralogia de Fallot é a principal cardiopatia congênita cianogênica e sua correção, no primeiro ano de vida, restaura a fisiologia normal do coração e da circulação, diminuindo a morbimortalidade. Porém, ressalta-se a necessidade da realização de minuciosos exames nas primeiras horas de vida do recém-nascido para o diagnóstico precoce e prognóstico favorável.



DENTES NEONATAIS – RELATO DE CASO.

Bianca Rezende Rosa; Monica Assis Rosa; Anna Luiza Pires Vieira; Allana Christina Fortunato Maciel.

INTRODUÇÃO:

Normalmente, a erupção dentária inicia-se por volta dos seis meses de idade. No entanto, encontram-se casos descritos na literatura de crianças que apresentam dentes ao nascimento ou os mesmos irromperam na cavidade oral nos primeiros dias de vida. Em 1950, Massler & Savara criaram uma classificação, dividindo-os em dentes neonatais e natais, sendo a mais usada até os dias de hoje. Assim, os dentes presentes na boca ao nascimento são conhecidos como dentes natais, enquanto que aqueles que irrompem na cavidade oral da criança até o trigésimo dia de vida são os dentes neonatais.

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO:

RN, sexo masculino, 1º gemelar, parto cesárea devido à centralização de fluxo do 2º gemelar com 31 semanas, peso ao nascimento de 1150g e apgar 9/9. RN apresentava uma hipertrofia gengival inferior e após 12 dias do nascimento foi observada a erupção de dente em arcada inferior. Foi avaliado pelo dentista e a conduta foi de extração. **DISCUSSÃO:** Os dentes natais e neonatais são de ocorrência rara, sua incidência é de um para cada 3500 RN. Os dentes mais frequentemente envolvidos são os incisivos centrais inferiores. Os dentes natais têm uma maior ocorrência que os neonatais, em uma proporção de 3:1. Aproximadamente 90% dos dentes natais e neonatais fazem parte da dentição decídua, enquanto os 10% restantes são supranumerários. Alguns fatores podem estar relacionados ao aparecimento de dentes natais e neonatais na cavidade oral, tais como a posição superficial do germe dentário, infecção, efeitos da sífilis congênita, erupção acelerada por pico febril ou estímulo hormonal, hereditariedade e deficiências nutricionais. As opções de tratamento incluem a exodontia imediata do dente, o desgaste de sua borda incisal ou apenas o acompanhamento, sendo a exodontia o protocolo mais utilizado, principalmente nos casos de mobilidade severa.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

Essa anomalia de erupção acarreta preocupações tanto para os pais como para os profissionais da saúde, uma vez que os dentes natais e neonatais, além de apresentarem acentuada mobilidade, podem ser deglutidos ou aspirados pela criança ou, ainda, causar traumas no mamilo do seio materno e ulcerações no ventre da língua do RN, dificultando o aleitamento. O pediatra, por ser o primeiro profissional da saúde a estabelecer contato com a criança, possui importante papel no encaminhamento para a avaliação odontopediátrica.

DOENÇA DE CROHN EM CRIANÇA DE 12 ANOS: RELATO DE CASO.

Félix Carlos Ocariz Bazzano, Amanda Pinto Botêga, Ana Cláudia Bartels Carvalho, Danielle Sottani Dâmaso, Diego de Freitas Monteiro Urbano, Isabela de Sousa Pereira, Jeslaine Juceli da Silva, João Paulo Narciso Azevedo, Rafael Baroni Carvalho, Thyara Carvalho Botelho.

INTRODUÇÃO:

A doença de Crohn é um processo inflamatório crônico cuja etiologia ainda não é conhecida. Não apresenta cura por tratamento cirúrgico ou clínico. Acomete o TGI de forma uni ou multifocal. Além do intestino grosso e delgado, manifestações perianais e extraintestinais também podem estar presentes. OBJETIVO: Relatar um caso de Doença inflamatória intestinal crônica (doença de Crohn em criança de 12 anos com permanência de sintomas por seis meses e manifestação extraintestinal e intestinal, havendo dificuldade de diagnóstico).

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO:

Criança de 12 anos do sexo feminino internada no HCSL, em maio de 2013, apresentando dor abdominal tipo cólica persistente há 6 meses, associada a diarreia não sanguinolenta. Encontrava-se desnutrida, inapetente, prostrada, com palidez cutânea, apresentando um episódio de febre, abdome em tábua e astenia severa. Em internação anterior, evidenciou espessamento da parede da vesícula biliar sem dilatação das vias biliares e calculose biliar interrogada, além de grande quantidade de líquido na cavidade, colelitíase e distensão gasosa de intestinos, por meio de ultrassonografia. Tomografia computadorizada de abdome sugeriu derrame pleural e massa à esquerda, coleção intra-abdominal extensa e colelitíase. Foi indicado laparotomia exploradora e esquema tríplice de antimicrobiano após avaliação cirúrgica, tendo sido realizada colecistectomia e biopsias múltiplas de linfonodos em meso. Foi realizada coprocultura, não apresentando flora entropatogênica. Em colonoscopia apresentava áreas segmentares de colite leve e moderada com mucosa extremamente friável e com exantema; não foi observado úlceras profundas. Em biopsias seriadas realizadas, pode-se observar ausência de lesão perianal e mucosa lisa e deslizante, esfíncter normotônico e ausência de sangue em dedo de luva. Dois terços do intestino grosso estava acometido pelas lesões descritas. A biópsia foi inconclusiva, sendo o diagnóstico da Doença de Crohn confirmado pelos exames ASCA e Calprotectina os quais deram resultados positivos.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

O caso em questão apresentou um retardo no diagnóstico, o que resultou em acometimento de dois terços do intestino grosso e grande perda ponderal. A evolução da paciente caracterizou-se por períodos de melhora do quadro sintomático alternados com recidivas, sendo submetida a tratamentos ineficazes até a conclusão diagnóstica da doença de Crohn, obtida através de exames de sangue e fezes realizados.



DOENÇA DE KAWASAKI – RELATO DE CASO

Cíntia Cristine Santos Fogaça; Graziela Roberta da Silva; João Paulo de Assis; Fernanda Zanini Leão; Sérgio Rodrigo Beraldo, Cesário Lincoln Furtado.

INTRODUÇÃO:

Vasculite aguda e multissistêmica que compromete vasos de médio calibre, tendo predileção pelas artérias coronárias. Alterações inflamatórias sistêmicas podem ser observadas em vários órgãos.

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO:

Paciente sexo feminino, 10 anos, leucoderma, iniciou quadro de cefaléia, febre, hiperemia de orofaringe e linfonomegalia, procurou serviço de saúde, sendo tratada como portadora de quadro de amigdalite bacteriana. Evoluiu sem melhora do quadro, apresentando descamação e edema de mãos e pés, reação conjuntival, fraqueza, dor e edema em articulações e dificuldade de deambular procurando novamente o Serviço de Saúde, onde permaneceu internada por 2 semanas, sendo finalmente diagnosticada como portadora de Doença de Kawasaki após avaliação reumatológica. Foi instituída terapia farmacológica com Ácido Acetilsalicílico 100 mg por quilo de peso por dia, associado à gamaglobulina endovenosa na dose de 2 gramas por quilo de peso, em dose única, mais medicamentos sintomáticos. Após início do tratamento, a criança evoluiu afebril a partir do segundo dia de internação. Apresentando melhora progressiva do quadro geral. Durante a internação foi realizado ecocardiograma demonstrando presença de aneurisma em artéria descendente anterior. Continuou acompanhamento clínico, sendo instituída terapia contínua com Ácido Acetilsalicílico 100 mg. No seguimento da avaliação cardiológica foi solicitada angiogramografia, que evidenciou Escore de Cálculo Coronariano igual a 0 (zero) e *Artéria Descendente Anterior* apresentando dilatação aneurismática em seu terço proximal, desde sua origem e envolvendo a origem do primeiro e segundo ramo diagonal (Dg1 e Dg2), com diâmetro igual a 7,5 mm. Paciente vem evoluindo bem, estando em acompanhamento rigoroso do quadro, fazendo uso irregular da medicação prescrita.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

É uma doença aguda autolimitada, contudo as complicações cardíacas podem ser permanentes e progressivas. O acometimento cardíaco na fase aguda é habitualmente benigno, sem expressão clínica. Porém, casos mais intensos e inclusive fatais, já foram observados previamente. Outro ponto relevante desse caso seria a não descendência asiática da paciente. A DK é mais freqüente em orientais e seus descendentes. Nos EUA, a incidência anual por 100.000 crianças menores de cinco anos é de 10 casos para não descendentes de asiáticos e 95 pacientes entre os descendentes de asiáticos.

A importância da suspeita precoce da DK reside na possibilidade de prescrição de terapêutica específica, que acarretará diminuição das complicações. A etiologia permanece desconhecida e algum agente infeccioso parece atuar como fator desencadeante de uma resposta imunológica exacerbada ou não controlada. A aspirina não reduz a incidência de dilatação arterial, porém decresce a incidência de infarto miocárdio fatal causado pela trombose.



ECTOPIA TESTICULAR TRANVERSAL: RELATO DE CASO

Félix Carlos Ocariz Bazzano, Allana Chrsitina Fortunato Maciel, Bianca Rezende Rosa, Ítalo Filipe Cardoso Amorim, Jeslaine Juceli da Silva, Thyara Carvalho Botelho, Ana Laura Caramori, Thiago Silva Pinto, Ana Cláudia Bartels Carvalho, Amanda Botega.

INTRODUÇÃO:

A Ectopia Testicular transversal (TTE), é uma anomalia rara, na qual ambos os testículos descem ou migram através de um único canal inguinal ou hemiescrotó¹. A TTE é uma anomalia congênita rara, já que existem cerca de apenas 147 casos relatados desde a primeira descrição por Von Lenhossek de 1886. A apresentação clínica inclui geralmente uma hérnia inguinal presente ao lado para o qual o testículo ectópico migrou. O diagnóstico deve ser considerado quando a hérnia unilateral e criptorquidia concorrente do lado contralateral estão presentes. Em casos suspeitos, a laparoscopia e avaliação ultra-sonográfica podem ser úteis no diagnóstico desta condição antes da cirurgia.

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO:

Paciente do sexo masculino, JVMR, brasileiro, caucasiano, nascido aos 13 dias do mês de junho do ano de 2010 de parto cesárea, prematuro com 36 semanas e portador de gastrosquise. Após correção de deformidade abdominal, voltou ao ambulatório, com 1 ano de idade para avaliação de criptorquidia à esquerda. Ao exame físico foi identificado a presença dos dois testículos na bolsa escrotal direita, levando ao diagnóstico de Ectopia testicular transversal. Aos seis dias do mês de outubro do ano de 2011, foi internado no Hospital das Clínicas Samuel Libânio e submetido a orquidopexia unilateral transeptal, com a fixação à esquerda do testículo que se encontrava mais inferiormente, e fixação a direita do outro testículo. Sem intercorrências recebeu alta ao final do dia.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

Várias teorias têm sido relatadas para explicar sua gênese. Berg propôs a possibilidade do desenvolvimento de ambos os testículos no cume do mesmo genital. Kimura concluiu que, se ambos os ductos deferentes surgiram de um lado, houve origem unilateral, mas se houvesse origem bilateral, um testículo teria atravessado. Das Gupta et al postularam que a aderência e a fusão dos dutos de Wolff ocorreram no início do desenvolvimento, e que a descida de um testículo acarretou a migração do outro. A maioria dos autores concorda que cada testículo é formado em lados diferentes, e de alguma. Uma vez que o diagnóstico de TTE é feito, uma abordagem conservadora cirúrgica sob a forma de orquidopexia é recomendada para a preservação da fertilidade.

EFEITOS DO TREINAMENTO MUSCULAR INSPIRATÓRIO EMPACIENTES COM DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE: RELATO DE DOIS CASOS.

Gabriella de Paula Marcondes Ferreira Leite¹; Filipe Ramos Carlos¹; Larissa Perossi Nascimento¹; Rafaella Rocha Figueiredo¹; Carmélia Bomfim Jacó Rocha²; Andréia Maria Silva²; Tereza Cristina Carbonari de Faria²; Juliana Bassalobre Carvalho Borges².

¹Discente do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Alfenas, UNIFAL-MG

²Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Alfenas, UNIFAL-MG

OBJETIVO:

Avaliar os efeitos do treinamento muscular inspiratório na força muscular respiratória de pacientes com Distrofia Muscular de Duchenne (DMD).

MÉTODO:

Realizado estudo de caso de dois pacientes com DMD, P1 idade de 10 anos e P2 idade de 15 anos, na clínica de fisioterapia da UNIFAL-MG, ambos do sexo masculino, cadeirantes, obesos e com diminuição da força muscular respiratória e do pico de fluxo expiratório. Os pacientes foram submetidos à avaliações: inicial, na quinta sessão e na décima sessão com os testes de manuvacuometria (P_{lmax} e P_{Emax}) e *Peak Flow* (PFE). O programa de tratamento foi composto por treino muscular inspiratório, com 30% da P_{lmax} em dispositivo de carga linear pressórica (*Threshold*[®]), realizado cinco séries de 10 repetições com um minuto de descanso entre elas. Totalizando 10 sessões, três vezes por semana. Responsáveis assinaram termo de consentimento e foi realizado análise dos dados.

RESULTADOS:

Na avaliação inicial, realizada na primeira semana do programa, P1 apresentou P_{lmax}= -84cmH₂O (previsto de -147,3), P_{Emax}= 78cmH₂O (previsto de 157,2) e PFE= 175L/min (previsto de 291); P2 apresentou P_{lmax}= -90cmH₂O (previsto -143), P_{Emax}= 60cmH₂O (152,8) e PFE= 250L/min (previsto 318). Na reavaliação de 5 sessões os parâmetros se mantiveram. Na avaliação final, realizada com 10 sessões, P1 apresentou P_{lmax}= -92cmH₂O, P_{Emax}= 84cmH₂O e PFE= 200 L/min; P2 apresentou P_{lmax}= -100cmH₂O, P_{Emax}= 64cmH₂O e PFE= 250L/min. Foi observado respectivamente em P1 e P2; 9,52% e 11,1% de melhora na P_{lmax} e 7,69% e 6,67% de melhora na P_{Emax}.

CONCLUSÕES:

O programa de treinamento muscular inspiratório em pacientes com DMD mostrou-se eficaz no ganho de força respiratória, porém devido o nível de carga utilizado e a progressão da DMD, sugere-se tratamento permanente visando a manutenção e melhora da força muscular inspiratória.



**1º CONGRESSO
SUL MINEIRO DE
PEDIATRIA**

EVENTRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA – RELATO DE CASO.

Ana Paula Diniz Gomes¹; Daniela Oliveira Mendes¹; Felix Carlos Ocariz Bazzano²; Marcello Otávio Teixeira França³.

¹ Residentes de Pediatria do HUAV

² Professor da Disciplina de Cirurgia Pediátrica da UNIFENAS

³ Coordenador da UTI Pediátrica do HUAV

INTRODUÇÃO:

A Eventração Diafragmática (ED) é a elevação unilateral completa ou parcial do diafragma. É mais prevalente em recém nascidos do sexo masculino que feminino (1:2) e na localização esquerda. A terapêutica cirúrgica se faz necessária após estabilização clínica do recém nascido.

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO:

RN, sexo masculino, 1760g, nascido de parto cesárea, prematuro de idade gestacional de 35 semanas e 5 dias (IGC) , foi encaminhado para UTI pediátrica do Hospital Universitário Alzira Velano (HUAV) para realização de cirurgia de correção de hérnia diafragmática direita diagnosticada por tomografia computadorizada no serviço de encaminhamento. Estava em tratamento para sepse neonatal precoce. No pré operatório foi realizado raio X de abdome e o mesmo evidenciou alças em topografia de tórax direito porém sem herniações. Realizado toracotomia à direita que confirmou presença de eventração diafragmática. Feito plicatura de diafragma e colocação de dreno cirúrgico. RN evoluiu hemodinamicamente estável.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

A (ED) é definida pela ocorrência de elevação total ou parcial da cúpula do diafragma, diferentemente da hérnia que resulta da abertura anormal do diafragma levando a saída do conteúdo abdominal para a cavidade torácica. O mecanismo mais frequente associado a ED é a disfunção do nervo frênico, sendo causado por situações como traumas fechados, lesões iatrogênicas pós-cirúrgicas, tumores ou infecções. Também podem ocorrer outros mecanismos, como lesões atróficas ou hipoplásicas das fibras musculares, sendo esta situação mais comum em condições congênitas. O diagnóstico deve associar a clínica com métodos de imagem: no pré natal a ecografia morfológica, e no pós natal o raio X e tomografia computadorizada. Dentre as opções terapêuticas para a ED a correção cirúrgica com plicatura é uma das opções mais aplicadas atualmente. A intervenção cirúrgica não visa primordialmente a recuperação da mobilidade do músculo, mas sim o aumento volumétrico dos pulmões e a reversão de atelectasias melhorando as trocas gasosas. A ED tem particular destaque porque representa, na maioria dos casos, um acometimento primário da musculatura inspiratória diafragmática na ausência de doença pulmonar. Portanto, difere-se das doenças respiratórias onde o acometimento da musculatura ventilatória é secundário à doença pulmonar, tornando-se necessário aventar a possibilidade da mesma como diferencial nas patologias que são causa de distúrbios respiratórios no recém nascido.



FRATURA DE FÊMUR: FORMA INCOMUM DE TOCOTRAUMATISMO.

Rodrigo Campos Ocáriz, Vanessa Souza Brito, Rodolfo Cruvinel R Oliveira; Marco Aurélio Santos de Oliveira.

INTRODUÇÃO:

Os vários atos realizados no momento do parto (manobras, operações, tempo de parturição e de período expulsivo, etc.) podem originar tocotraumatismos (TTM) no feto. Representam cerca de 8% dos óbitos de recém-nascido (RN) a termo e estão presentes em cerca de 2 a 7% dos nascidos vivos. A incidência de TTM em partos cesáreos (17,07 : 1000) é menor do que a incidência de em partos vaginais (29,53 : 1000), no entanto, o objetivo deste estudo é mostrar que o parto cesáreo possui TTM inerentes a ele, por vezes mais graves que os traumas relacionados ao parto vaginal.

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO:

É descrito o caso de uma gestante de 35 anos, G4, P5, A0, DUM desconhecida, encaminhada ao serviço de obstetrícia com ultrassom evidenciando sinais de óbito fetal. A gestante não tinha queixas álgicas, negou perdas vaginais e sangramentos, e relatou movimentos fetais positivos. Ao novo ultrassom, gestação tópica de gemelares, feto 1 pélvico (2129 g e batimentos cardíacos fetais positivos), e feto 2 cefálico (1906 g e batimento cardíacos fetais ausentes), normodrâmnia, placenta grau I/II, idade gestacional 37 semanas pelo fêmur (com variação de 2 semanas para mais ou para menos). Foi, então, encaminhada para parto cesáreo de urgência. Na ruptura de membranas houve presença de líquido meconial. O primeiro RN teve apresentação pélvica, dificultando sua retirada. Tinha respiração presente, tônus moderado, choro forte após posicionamento, sendo realizados secagem, estímulo tátil e aspiração de vias aéreas. Apgar 9/10, 2390g, Capurro 36,8 semanas e clique na manipulação de coxa esquerda, associado a edema, hiperemia local e choro intenso a manipulação. O segundo gemelar apresentou respiração e tônus ausente, cianose central, ausência de batimentos cardíacos, não responsivo a estímulos, sendo considerado natimorto. Posteriormente, foi realizado raio-X de membros inferiores no RN, evidenciando fratura longitudinal de fêmur esquerdo. Como conduta, foi colocado gesso pélvico-podálico e encaminhado para alojamento conjunto, recebendo alta no quarto dia após o parto, sendo solicitado retorno em 20 dias para avaliação e em 45 dias para retirada do gesso.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

O parto cesáreo tem um risco global de tocotraumatismo menor comparado ao parto vaginal, no entanto, ele não anula esse risco, inclusive predispondo a outras formas de trauma, como a fratura de fêmur e de outros ossos longos. Fica sob-responsabilidade dos profissionais da saúde responsáveis pelo acompanhamento da gestação, portanto, informar a mãe sobre os potenciais riscos de cada tipo de parto.



GANGLIOSIDOSE.

Otávio Vilela de Figueiredo; Gimena Camacho; Anna Luiza Pires Vieira; Walter Luiz Magalhães Fernandes; Monica Assis Rosa; Mariana Lemos Barini; Rita Carolina Nascimento Ramos; Caroline Silva Viana; Ediene dos Santos; Diego Silveira Machado.

INTRODUÇÃO:

Os erros inatos do metabolismo (EIM) são distúrbios de natureza genética que geralmente correspondem a um defeito enzimático capaz de acarretar a interrupção de uma via metabólica. Ocasionalmente, portanto, alguma falha de síntese, degradação, armazenamento ou transporte de moléculas no organismo. A incidência isolada de cada EIM é pequena, até porque tratam-se de doenças que em geral, têm herança autossômica recessiva, mas sabe-se que já são conhecidos cerca de 500 distúrbios. A Gangliosidose é um EIM caracterizado pela deficiência da enzima B-galactosidase, que acarreta no acúmulo de gangliosídeo GM1 nos lisossomos, sendo principalmente armazenado no tecido neuronal.

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO:

Paciente foi admitida na unidade de terapia intensiva com 1 ano e 2 meses, pesando 7.065g, com quadro de apnéia, aproximadamente 6 episódios por dia, com melhora após o uso de oxigênio. No 10º dia de internação foi introduzida ventilação mecânica não invasiva, no 14º dia ventilação mecânica intermitente e no 22º traqueostomia e gastrostomia. História Gestacional: Pais não consangüíneos, mãe primigesta, criança nasceu com 34 semanas e ficou internada por 1 mês. Mãe refere hipotonia da mesma desde o nascimento, associada à flacidez muscular. Criança veio a óbito com 1 ano e 4 meses com quadro de broncoespasmo, macrocrania, hepatomegalia, esplenomegalia e crises convulsivas reentrantes.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

São três as principais variantes clínicas da gangliosidose: o tipo I, II e III. O tipo I, ou forma infantil, mostra rápida deterioração psicomotora que inicia 6 meses após o nascimento, com envolvimento generalizado do SNC, hepatoesplenomegalia, dismorfismo facial, manchas maculares vermelhas, displasia esquelética e morte precoce. O retardo acentuado do desenvolvimento neuropsicomotor e a deterioração do sistema nervoso central levam ao quadro de hipotonia muscular generalizada, que evolui gradualmente para um estado de espasticidade associado a crises convulsivas. Alterações cardíacas, como coração hipertrófico e cardiomiopatia, assim como extensas manchas mongólicas e pele espessa são alguns dos achados clínicos observados com menor frequência. Dificuldades respiratórias e broncopneumonias repetitivas são a causa do óbito, que ocorre usualmente antes dos 2 anos de idade.

O EIM representa cerca de 10% de todas as doenças genéticas, torna-se fundamental a suspeita clínica, o diagnóstico precoce e o aconselhamento familiar que compreenda, principalmente, o prognóstico do paciente e o risco de recorrência da doença.



HEMIHIPERTROFIA CORPORAL.

Anna Luiza Pires Vieira; Eugênio Fernandes Magalhães; Rita Carolina Nascimento Ramos; Karina Maia da Silva; Mariana Monteiro; Lygia Meloni Costa; Ana Carolina de Paula Castro Rosas; Lívia Machado Rodarte; Thaís Maria de Souza; Marcela Vilela Hipólito e Vanessa Ayre Picolo.

INTRODUÇÃO:

A hemihipertrofia é definida como o crescimento excessivo de um dos lados do corpo, podendo ser completo ou parcial e estar associado com o supercrescimento assimétrico do crânio, face, tronco e/ou das extremidades de um lado do corpo, além de visceromegalia assimétrica no lado ipsilateral ou contralateral. É de grande importância conhecer essa manifestação corporal, pois há muita associação com defeitos congênitos diversos, especialmente retardo mental e anomalias genitourinárias, mas pode não estar associada a malformações: a hemihipertrofia isolada (HI). A incidência de HI é estimada em 1 em 86.000, com proporção masculino:feminino de 1:2, e também está associada a um aumento do risco de certos tipos de tumores de infância tais como o tumor de Wilms.

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO:

Pré escolar, sexo masculino, negro, 3 anos e 10 meses. Nascido de parto cesárea, a termo, peso 3175g, estatura 47cm, PC: 37cm, PT: 34cm. Mãe secundigesta, pré-natal sem intercorrências. Desde nascimento mãe notou assimetria e crescimento desproporcional de face à direita. Ao exame físico, paciente se encontrava em bom estado geral, com altura de 99 cm e peso de 16 kg. Ausência de visceromegalias, presença de hemihipertrofia em face, mão, pé, membro superior e inferior à direita.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

A causa de HI é ainda desconhecida, mas necessita de avaliação genética, pois pode estar associada a diferentes anomalias cromossômicas. Além disso, ela se relaciona com tumores embrionários em crianças, como o tumor de Wilms, o hepatoblastoma, o carcinoma do córtex adrenal, o neuroblastoma e o rhabdomyosarcoma, tornando-se necessário acompanhamento de protocolos de oncologia.

Devido ao grande achado de tumores em crianças com hemihipertrofia, é importante que esses pacientes realizem ultra-sonografia abdominal a cada três meses até 6 anos de idade e, a partir daí, a cada seis meses até a puberdade.



HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÊNITA – RELATO DE CASO.

Daniela Oliveira Mendes¹; Ana Paula Diniz Gomes¹; Annie Beatriz de Carvalho²; Félix Carlos Ocáriz Bazzano³

¹ Residentes de pediatria do HUAV.

² Chefe de Neonatologia do HUAV.

³ Professor de Cirurgia Pediátrica UNIFENAS – Alfenas – MG.

INTRODUÇÃO:

Hérnia diafragmática congênita é a passagem do conteúdo abdominal para tórax. Ocorre por uma falha no fechamento dos canais pleuroperitoniais na oitava semana de vida intra-uterina sendo a esquerda a mais comum. Com o diagnóstico pré-natal com US, deve-se pesquisar outras causas de malformações e fazer aconselhamento da gestante por um grupo multidisciplinar e preparo para acolhimento do recém-nascido desde a sala de parto com cuidados especiais como a contra-indicação absoluta de ventilação com pressão positiva e programação para a realização da cirurgia. O binômio hipoplasia-hipertensão pulmonar permanece como principal fator de mortalidade.

DESCRIÇÃO DO CASO:

RN de R.M.V. sexo masculino, mãe com 29 anos que realizou Pré-Natal completo, não apresentava risco infeccioso, negava tabagismo, etilismo ou uso de medicações durante a gravidez. Apresentava US fetal com diagnóstico de polidramnio e fenda palatina. Sem história familiar de malformações. No termo, seu US indicou evolução para Oligodramnio sendo induzido parto vaginal. Ao nascimento apresentou bradicardia sendo realizadas 3 VPPs, evoluiu com melhora da taquicardia porém com piora do desconforto respiratório, foi intubado, realizado cateterismo umbilical e, RX de controle mostrou imagem sugestiva de Hérnia Diafragmática à esquerda. Foi iniciada Nutrição Parenteral Total e, evoluindo com estabilidade respiratória e hemodinâmica, submetido à cirurgia no segundo dia de vida. Apresentava orifício diafragmático a esquerda e passagem de todo o intestino, baço e pâncreas para o hemitorax esquerdo. Visualizado um pulmão esquerdo hipoplásico e uma Rotação intestinal completa também corrigida no ato cirúrgico. Extubado no sexto dia de vida, permanece em UTI.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

O polidramnio costuma ocorrer nos casos de hérnia diafragmática congênita. O seu diagnóstico prévio é importante para aconselhamento, transferência se necessário e planejamento da Sala de Parto. Esse diagnóstico contra-indica VPP. A má-rotação do intestino e alguns graus de hipoplasia pulmonar, acontecem em quase todos os casos e são considerados componentes da lesão e não complicações. O intestino delgado e o estômago são conteúdo mais frequentes herniados, sendo rara a herniação pancreática como a descrita. Um Pré-Natal bem conduzido é importante para garantir uma adequada assistência a um RN possivelmente de risco. O US morfológico e o seguimentos de critérios de avaliação fetal devem cada vez mais fazer parte da rotina do seguimento da gestante.



ICTIOSE LAMELAR, RELATO DE CASO.

Anna Luiza Pires Vieira; Eugênio Fernandes Magalhães; Fernanda Zanini Leão; Felipe Augusto dos Santos; Paula Magro de Oliveira; Guilherme Pereira Costa; Alessandra Martins de Souza; Fernanda Reis Pompeu; Matheus Moreira Gianinni; Marcela Guimarães Rígoli.

INTRODUÇÃO:

As ictioses são um grupo heterogêneo de doenças hereditárias ou adquiridas que têm como característica comum a cornificação anormal da epiderme. Este processo é complexo e não completamente conhecido. Defeitos em diferentes etapas promovem resultado similar: camada córnea anormal, descamação, eritema e hiperkeratose. Esta doença pode ser desfigurativa, não só a nível estético, mas também causar dificuldades ao nível da inserção social e até mesmo implicações psicológicas.

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO:

Paciente MEP, nasceu de parto cesárea, com 3325g, apgar 9, 10. Permaneceu internada por 10 dias para investigação clínica, pois apresentava pele seca com descamação por todo o corpo, associado a ectrópio, que regrediram após tratamento dermatológico. História gestacional: mãe 30 anos, terçigesta, com um aborto. Gestação sem intercorrências, pais primos em primeiro grau. História familiar: pai e irmã portadores de ictiose. Paciente teve alta em aleitamento materno e acompanhamento com dermatologia e pediatria. Durante seguimento ambulatorial paciente apresentou escamas furfuráceas em todo tegumento, presença de escamas mais largas em couro cabeludo, manchas eritematosas planas em nuca, glabella e nariz, associada a dermatite de contato por saliva. Mesmo após um ano de tratamento paciente apresentava eritema e maceração em dobras inguinais e região malar, escamas e fissuras peribucal e descamação universal. Com relação à parte cognitiva, exame de Denver II sem alterações, peso e altura no percentil 10 da curva de WHO.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

A ictiose muitas vezes representa um desafio diagnóstico. Para tal o médico precisa ter conhecimento da história familiar do paciente, das características dermatológicas, juntamente com a análise histológica e ultra-estrutural da pele e em alguns casos adicionais análises bioquímicas. Dessa maneira poderá estabelecer o diagnóstico correto necessário para o prognóstico, terapia e aconselhamento genético.

A melhoria da qualidade de vida desses pacientes depende das estratégias de tratamento delimitadas pelos médicos e pela família.



NEUROFRIBROMATOSE TIPO1 ASSOCIADA À HIPERTENSÃO SECUNDÁRIA EM CRIANÇA: RELATO DE CASO.

Anjos, Tatiane Crepaldi; Rios, Ondina; Lorena, Yara Grácia; Mesquita, Pablo Girardelli; Rios, Carla.

INTRODUÇÃO:

A Neurofibromatose tipo1 (NF1) é uma hamartomatose autossômica dominante, com incidência 1:3000 pessoas, apenas 1% desses pacientes apresentam hipertensão associada, e, quando presente, se deve a estenose de artéria renal.

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO:

JRAP, 03 anos, masculino, branco. Em setembro de 2010, quadro de cefaléia frontal com picos pressóricos, ao acaso na creche. Encaminhado ao serviço de pediatria e nefrologia do Hospital das Clínicas Samuel Libânio. Ao exame: PA de 180/130 mmHg em membros superiores, membros sem edema, presença de manchas tipo café-com-leite em tronco, membros, axilas e tórax em quilha. Exames complementares não evidenciavam proteinúria, hematúria; função renal preservada e sedimento urinário negativo; dosagem de aldosterona e renina aumentadas. O ecodopplercardiograma revelou achados sugestivos de coarctação da aorta, descartada pela angiotomografia dos vasos da base. USG e doppler de artérias renais normais e TC com contraste sem massa adrenal ou abdominal (hiperaldosteronismo primário ou secundário descartada). A arteriografia renal demonstrou estenose severa da artéria renal direita, intraparenquimatosa, em duas artérias (polo superior e inferior). A artéria renal esquerda estava preservada. O diagnóstico de NF1, através de achados clínicos, estenose de artéria renal direita, levando à hipertensão secundária foi feito. O paciente foi tratado com antihipertensivos (IECA, BCC) recebeu alta hospitalar com controle pressórico satisfatório e encaminhado ao Hospital das Clínicas/FMUSP para intervenção hemodinâmica. Em outubro de 2011, foi realizada angioplastia do ramo inferior da artéria renal direita sem sucesso no ramo superior. Em uso de IECA e BCC com controle pressórico adequado.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

Diante de HAS na faixa pediátrica, devemos estar atentos às causas secundárias. A hipertensão renovascular é responsável por cerca de 10% dos casos de HAS na infância, sendo a Arterite de Takayasu a causa mais comum de estenose de artéria renal nesta faixa etária, que angiograficamente é indistinguível da estenose causada pela NF1, por isso a importância da história e exame clínico minuciosos.

O caso demonstra a importância da prevenção primária, do exame clínico e de diagnóstico precoce para tratamento adequado e prevenção das complicações da hipertensão, assim como, determinação etiológica para adequado tratamento.



OSTEOGÊNESE IMPERFEITA, RELATO DE CASO.

Anna Luiza Pires Vieira; Ediene dos Santos; Rita Carolina Nascimento Ramos; Karina Sousa Fonseca; Karina Maia da Silva; Bruna Duarte Pinto; Matheus Moreira Gianinni.

INTRODUÇÃO:

A primeira descrição da osteogênese imperfeita (OI) foi em 1715 por P. Amand, mas foi somente em 1849 que Willen Vrolik identificou a doença pela primeira vez em recém nascidos, quando foi nomeada de Osteogênese Imperfeita. Porém, antes disso, em 1831 Edmund Axmann descreveu a doença em si mesmo e seus irmãos, relatando pela primeira vez a esclera azulada. É uma doença rara, potencialmente incapacitante, com incidência nos Estados Unidos de 1 caso para 25000 nascidos vivos, sendo que no Brasil esta estatística é desconhecida. Trata-se de uma doença autossômica dominante, devido a mutações em um dos dois genes que codificam a molécula de colágeno do tipo 1.

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO:

Mãe G2A1, pré natal sem intercorrências, parto cesárea, devido apresentação pélvica, RN sexo feminino, peso nascimento 2000g, necessitou de reanimação na sala de parto e intubação devido quadro de apnéia. Ao exame físico: presença de fraturas em fêmur bilateralmente e úmero à direita, arreativo, esclera azulada, ao Raio X: arcos costais finos, paciente foi a óbito no 13 dia de vida.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

A OI tipo II é a pior forma da doença, ocasionando normalmente óbito nos primeiros dias de vida devido problemas respiratórios, e tem caráter autossômico recessivo, ocorrendo fraturas e deformidades ósseas intra-uterinas. Há três subtipos definidos radiograficamente, sendo o II-A letal antes do nascimento ou no período neonatal.

O diagnóstico de OI é feito mediante a história clínica, exame físico e radiografia, não existindo um exame específico que confirme a doença. A partir de 2001 o tratamento da osteogênese imperfeita foi instituído como uma política pública de saúde, ganhando mais atenção desde então.



“OSTEOGENESIS IMPERFECTA”.

Roberta Porreca Azzolini; Débora Daltro Michelin; Olavo Raimundo Guimarães Junior; Ana Alzira Borges de Oliveira; Aline Capolarini Ribeiro; Marina Bruzadelli Vieira Silveira; Julie Nieri Magalhães; Moara dos Santos Oliveira Rodrigues; Cecília Leon Calderon; Thiago de Souza Carvalho, Laura Avila Carvalho.

INTRODUÇÃO:

Osteogenesis Imperfecta (OI) é uma desordem genética do tecido conjuntivo que afeta a estrutura e a função dos tecidos que contêm colágeno, especialmente o tipo I. É caracterizada por osteopenia, produzindo ossos frágeis, e por comprometimento mais ou menos frequente de outros tecidos do tipo conjuntivo. É frequentemente associada com esclera azul, anormalidades dentária, perda progressiva da audição e história familiar positiva. A inteligência é normal e os portadores de OI são capazes de adaptar-se às suas limitações.

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO:

RN, sexo feminino, leucoderma, nascida a termo de parto cesariana. APGAR 8/10. Peso ao nascer: 2580g, Estatura: 45cm, FR: 62 irpm, FC: 155 bpm, TA: 36°C. Apresentado ao nascimento múltiplas fraturas. Evoluiu com insuficiência respiratória progressiva sendo internada em UTI Pediátrica/Neonatal com 2 dias de vida após diagnóstico de Osteogênese Imperfeita Grau II onde permaneceu internada por 15 dias. Transferida para a Ala Pediátrica com desconforto respiratório melhorado onde realizou tratamento clínico por mais 9 dias. Atualmente faz tratamento multidisciplinar na ARCD- Centro de Reabilitação em Poços de Caldas filiado à AACD/SP contando com o apoio de fisioterapia, hidroterapia, psicologia e pediatria. Também realiza tratamento especializado no Instituto da Criança HC-FMUSP em São Paulo/SP onde foi classificada como OI Grau IV.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

A incidência de OI nas populações mundiais é variável de 1:21.000 a 1:50.000 nascidos. Estima-se que no Brasil, existam pelo menos 12.000 portadores. O diagnóstico geralmente é feito com base em critérios clínicos. Inúmeros tratamentos foram sugeridos, mas nenhum mostrou resultado satisfatório no controle da doença.

O prognóstico para uma pessoa portadora de OI varia conforme o número e a severidade dos sintomas. Apesar das numerosas fraturas, atividade restrita e baixa estatura, muitos adultos e crianças com OI podem ter vida produtiva e feliz. Nas formas graves existe o perigo de sérias complicações cardiopulmonares, devidas às deformações da coluna e caixa torácica, com prognóstico negativo já na idade infantil. Nas formas mais leves, existe uma notável melhora com a puberdade. Deste período em diante, a situação se estabiliza em níveis quase normais para agravar-se novamente na idade senil.



PANCREATITE NECRO-HEMORRÁGICA: UMA RARA COMPLICAÇÃO ASSOCIADA AO USO DE ÁCIDO VALPRÓICO.

Rodrigo Campos Ocáriz; Vanessa Souza Brito; Felix Carlos Ocáriz Bazzano, Marco Aurélio Santos De Oliveira.

INTRODUÇÃO:

Pancreatites agudas são raramente vistas em crianças (2-2,7 : 100.000) e, geralmente, são induzidas por drogas. O Ácido Valpróico é um dos medicamentos mais utilizados para o tratamento de epilepsia, e de suas complicações idiossincráticas, a pancreatite é a mais rara (1 : 40.000 pessoas que usam o medicamento).

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO:

É descrito o caso de uma criança de oito anos de idade, do sexo feminino, que foi levada ao PS com dor abdominal. Foi constatado que a criança tinha o diagnóstico de epilepsia desde os quatro anos de idade, sendo tratada com Ácido Valpróico 250 mg/dia. Ao exame físico a paciente apresentava o abdome distendido, doloroso a palpação, com sinais de irritação peritoneal difusa, hipertônico e com ruídos hidroaéreos diminuídos. Os exames laboratoriais mostraram um aumento da Amilase sérica (511 U/dL), Proteína C Reativa (15,9 mg/ dL) e uma plaquetopenia (51.000/ ml), com hemograma e leucograma sem alterações. A criança foi internada com diagnóstico de pancreatite aguda e foi iniciado o tratamento de suporte. Ao quarto dia de internação, a paciente apresentou piora significativa, sendo realizado um ultrassom abdominal, onde foi visualizado grande quantidade de líquido na cavidade abdominal, sendo então submetida a uma laparotomia exploratória. Foi identificada necrose na cauda e corpo do pâncreas (confirmada posteriormente pelo anatomopatológico) e intensa inflamação junto ao hilo esplênico. Foi realizada uma pancreatectomia parcial (copo e calda) e esplenectomia. A paciente ficou internada por doze dias na UTI pediátrica, onde apresentou hiperglicemia nos primeiros dias (tratada com insulina), mas que se normalizou no decorrer da internação. Foi transferida para a enfermaria em estado normoglicêmico, onde ficou por mais oito dias, recebendo alta no vigésimo quarto dia de internação, com exames laboratoriais normalizados. Atualmente, a paciente faz acompanhamento ambulatorial, não necessitando de insulino terapia. Para o tratamento da epilepsia, faz uso de Topiramato 100 mg/ dia e Nitrazepam 10 mg/ dia.

CONCLUSÃO:

O caso relatado revela que embora o Ácido Valpróico seja um ótimo fármaco para o tratamento da epilepsia, há necessidade de um rigoroso acompanhamento do paciente visando uma vigília constante com a finalidade de evitar suas complicações. Embora seja raramente associada ao uso do Ácido Valpróico, a pancreatite aguda deve ser levada em conta na hora da escolha do melhor tratamento para a epilepsia.



PERFIL DE UM PACIENTE COM DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE A PARTIR DE UMA AVALIAÇÃO ESTRUTURADA NOS DOMÍNIOS DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE.

Alvaro Tolentino Mendes¹, Taciane Naressi Zambinati¹, Gabriela de Andrade Vieira¹, Anália Cristina Xavier de Oliveira¹, Andreia Maria Silva², Juliana Bassalobre Carvalho Borges², Tereza Cristina Carbonari de Faria².

¹Discentes da Universidade Federal de Alfenas UNIFAL-MG

²Docentes da Universidade Federal de Alfenas UNIFAL-MG

INTRODUÇÃO:

A distrofia muscular de Duchenne (DMD) é um grupo de distúrbios hereditários relacionados ao cromossomo X, com perda progressiva de força muscular determinada pela falta da distrofina (Emery, 1991). A Classificação Internacional da Funcionalidade e Incapacidade em saúde (CIF), publicada pela OMS em 2001, traz uma mudança na abordagem baseada na doença para uma visão funcional. Essa funcionalidade engloba: funções e estruturas do corpo, atividades, participação, fatores ambientais e pessoais que poderão interferir na vida do paciente. O objetivo do estudo foi avaliar um paciente com DMD através do modelo biopsicossocial sugerido pela CIF.

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO:

Foi realizado estudo descritivo em uma criança com 8 anos de idade, portadora de DMD em tratamento na clínica de fisioterapia da Universidade Federal de Alfenas-MG. Os responsáveis assinaram termo de consentimento livre e esclarecido. A avaliação estruturada na CIF, utilizando os seus domínios foi realizada através de instrumentos de avaliação fisioterapêutica como testes e escalas específicas.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

Observou-se uma perda importante no domínio Funções e estruturas corporais relacionadas à diminuição da força muscular e da ADM articular dos membros inferiores além de fraqueza dos músculos respiratórios. Achados similares foram encontrados nos estudos de Bakker et al 2002, Scott et al 2002, Mc Donald et al 2005. No domínio Atividades observaram-se pontuações baixas na escala de Hammersmith, no teste de caminhada e disfunções das fases da marcha. Mesmo com os resultados negativos obtidos por esse paciente, observou-se que no domínio Participação houve um resultado positivo quando se avaliou a qualidade de vida.

A avaliação realizada nesse estudo de caso, baseada no modelo biopsicossocial, nos permitiu entender que uma mesma patologia não causará necessariamente as mesmas repercussões funcionais no indivíduo. Assim o fisioterapeuta deve centrar a sua prática clínica no paciente, realizando a avaliação e a intervenção inseridas no processo saúde-doença, sugeridas pelo modelo da CIF. Esse estudo encontra-se em andamento e o paciente deverá ser reavaliado periodicamente para compararmos os resultados do seu tratamento.



**1º CONGRESSO
SUL MINEIRO DE
PEDIATRIA**

PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO, RELATO DE CASO.

Anna Luiza Pires Vieira; Eugênio Fernandes Magalhães; Ediene dos Santos; Gabriel Rodrigues; Lucas Huhn Firmino; Manuel Gouvea Otero Y Gomez; Bruna Xavier Rezende; Nadime Lasmar Ribeiro; Paula Magro de Oliveira e Nicholas Oliveira Duarte

INTRODUÇÃO:

Pneumotórax é definido pela presença de ar no espaço pleural e pode ser classificado como espontâneo ou traumático. O traumático pode ser causado por iatrogenia durante procedimentos e o espontâneo pode ser subclassificado como primário ou secundário. O pneumotórax espontâneo (PE) primário é mais frequente no sexo masculino (90% dos casos), acometendo principalmente adultos jovens, quase sempre é unilateral, pouco mais frequente à direita.

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO:

Escolar de 6 anos, trazido ao PS pela mãe com relato de dor abdominal de forte intensidade em quadrante superior, associada a 3 episódios de vômitos alimentares há um dia. Apresentava ainda hiporexia e adinamia. Ao exame físico, apresentava-se gemente em regular estado geral, corado, hidratado, acianótico, afebril e anictérico com saturação de oxigênio de 95%. Aparelho gastrointestinal com diminuição de ruídos hidroaéreos e doloroso à palpação profunda em todo abdome. Propedêutica pulmonar sem alterações. Hemograma, função hepática, renal e pancreática sem alterações significativas, PCR de 57,8, raio X de tórax e ultrassom abdominal com achados dentro da normalidade. Diante desse quadro foi iniciado analgesia, antibioticoterapia e colhido culturas. No segundo dia de internação, paciente evoluiu com alteração no exame do aparelho respiratório apresentando-se taquipnéico, com esforço respiratório e sibilância, porém estável clinicamente. Posteriormente, evoluiu com dispnéia sendo necessário oxigenioterapia inalatória. Devido essa evolução clínica, foram requisitados: tomografia de tórax e abdome que evidenciaram pneumotórax e pneumomediastino anterior. Após 8 dias de internação, paciente recebeu alta hospitalar, com melhora no quadro de dor abdominal e do desconforto respiratório.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

Os sinais e sintomas mais comuns no PE são: dispnéia (64%), enfisema subcutâneo (60%), tosse (45%) e dor cervical ou no peito (42%). O diagnóstico é estabelecido pelo raio X de tórax e a doença é geralmente auto-limitada, com melhora em até 7 dias e tratada de forma conservadora, com repouso e analgésicos.



POLITRAUMATISMO E EVISCERAÇÃO PROVOCADOS POR ACIDENTE

AUTOMOBILÍSTICO.

Roberta Porreca Azzolini; Bruno Roma; Sarah Naves Felizali Barbosa; Leandro Alves Dias; Mariana Da Silva Junqueira; Aline Capolarini Ribeiro; Marina Bruzadelli Vieira Silveira; Débora Daltro Michelin; Olavo Raimundo Guimarães Júnior; Renato Roma.

INTRODUÇÃO:

Atualmente o trauma representa a terceira causa de morte mundial, depois de doenças cardiovasculares e cânceres, sendo a primeira causa de morte entre um e 39 anos de idade. Acomete principalmente a população economicamente ativa, com conseqüências sociais de elevado custo. Ocorrem 130.000 mortes anuais no Brasil e um número três vezes maior de pessoas, fica com sequelas.

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO:

Paciente feminino, 18 anos, vítima de acidente automobilístico por colapso fronto-lateral, deu entrada no serviço de emergência trazida pelo corpo de bombeiros em Glasgow 15. Ao exame clínico e TC foi diagnosticada fratura múltipla de face (fratura nasal extensa, fratura Le Fort I e II + Lanelongue, fratura de zigomático esquerdo e fratura sínfise de mandíbula). Avulsão dos dentes 31 e fratura de alvéolo dental 41 e 42. Hemorragia intensa em cavidade oral e nasal, controlada parcialmente com tampão nasal posterior e anterior e sutura de região mediana do palato, lábio superior e inferior. Perfuração do globo ocular esquerdo (OE). Fratura de rádio e ulna esquerdos e úmero direito. Levada para o bloco cirúrgico para procedimentos ortopédico e evisceração de OE. Realizada reposição volêmica e controle da hipotensão com uso de noradrenalina (5ml/h). Encaminhada para UTI adulto em estado grave intubada com traqueostomia. Evoluiu estável hemodinamicamente sem drogas vasoativas e após alta da UTI passou por procedimentos buco-maxilo-faciais.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

A paciente recebeu alta hospitalar no 19º dia pós-operatório.

As necessidades de avaliações clínicas rápidas pela equipe multidisciplinar no atendimento ao politraumatizado permitem garantir a sobrevivência dos pacientes ou de partes importantes do seu corpo dependendo da natureza do acidente, tendo essa equipe um amplo conhecimento técnico e científico aliado a uma agilidade na tomadas de decisões.

RABDOMIOSSARCOMA DE CABEÇA E PESCOÇO NA INFÂNCIA, RELATO DE

CASO.

Anna Luiza Pires Vieira; Eugênio Magalhães Fernandes; Ediene dos Santos; Amanda Carvalho Villa de Camargo; Renne Henriques Dall Orto Muniz; Nadime Lasmar Ribeiro; Lucas Huhn Firmino; Manuel Gouvea Otero Y Gomez; Paulo Fernando Diniz Gomide e Bruna Xavier Rezende.

INTRODUÇÃO:

Os sarcomas são neoplasias malignas de origem mesenquimal de rara ocorrência. O Rbdomiossarcoma (RMS), subtipo originário da musculatura esquelética, é o tipo mais comum de sarcoma de tecidos moles em crianças. Seu sítio primário mais comum de apresentação na criança e em adolescentes é a região da cabeça e pescoço.

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO:

LHCS, sexo masculino, 7 anos, compareceu ao PS com quadro de dor em hemicrânio direito com início após queda de bicicleta com trauma na região uma semana antes do atendimento. Refere que após 3 dias iniciou dor em mandíbula direita associada a hiporexia que evoluiu com edema edema periorbitário D. Ao exame o paciente apresentava massa fronto-temporal, dolorosa a palpação, e edema periorbital à direita. Na oroscopia, dente molar a direita com sinais de fratura e inflamação; otoscopia presença de perfuração de membrana timpânica. Durante a internação, o paciente evoluiu com paralisia facial periferia à direita e presença de massa de consistência endurecida em região infra-auricular D, próxima ao processo estilomastóideo e lesão de aspecto polipóide em todo conduto auditivo externo D. Na ressonância nuclear magnética de Cabeça e Pescoço foi evidenciado formação expansiva no espaço mastigador direito, associado a invasão dos ossos adjacentes, envolvimento da artéria carótida interna no segmento lácer e petroso, mastoidopatia com provável obliteração sistema de drenagem, linfonodos cervicais esparsos, múltiplos nódulos pulmonares apicais bilaterais.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

O diagnóstico do RMS inclui história clínica completa, exame físico, hemograma, perfil bioquímico incluindo enzimas hepáticas, nasofibrosopia, tomografia computadorizada, ressonância magnética e biópsia. Geralmente é realizado em torno dos seis anos de idade e a maioria dos pacientes apresenta-se com sinais e sintomas inespecíficos que variam de acordo com o local acometido, sendo que 80% dos casos se manifestam com uma massa dolorosa associada à obstrução nasal, rinorréia e otites médias recorrentes.



RELATO DE CASO CLÍNICO: PNEUMONIA ATÍPICA EM PRÉ-ESCOLAR.

Débora Daltro Michelin; Olavo Raimundo Guimarães Junior; Rafaela Bergmann Strada Oliveira; Roberta Porreca Azzolini; Sarah Naves Felizali Barbosa; Bruno Roma; Eduardo Ferreira Silva; Thiago Donizeth Silva; Evelise Aline Soares; Cassandro Moreira Fernandes.

INTRODUÇÃO:

A pneumonia adquirida na comunidade (PAC) é aquela que acomete o paciente fora do ambiente hospitalar ou surge nas primeiras 48h de sua internação. O termo atípico representa uma síndrome clínica associada a etiologia por micro-organismo intracelular obrigatório como *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae* e *Legionella*.

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO:

P.B.C, sexo masculino, 5 anos, eutrófico, afebril, FR: 24 irpm, FC: 100 bpm. Previamente hígido, apresentou prostração, tosse seca e febre vespertina termometrada pela mãe de 39°C por 5 dias consecutivos, fazendo uso de ibuprofeno para melhora do quadro febril. Passou por diversas avaliações médicas em pronto atendimento sem evidência de foco infeccioso. No 15º dia por persistência da tosse foi reavaliado evidenciando na ausculta creptações em base esquerda. Ao exame radiográfico notou-se presença de infiltrado interstício alveolar em base esquerda, sendo iniciado tratamento com amoxicilina mais ácido clavulânico, 14 dias. Nesse período apresentou espaçamento da febre e persistência da tosse. Foi reavaliado e solicitado hemograma e radiografia de tórax. Os achados hematológicos foram compatíveis com a normalidade. No exame de imagem houve permanência do infiltrado interstício alveolar em base esquerda sem presença de derrame ou condensação, quadro compatível com pneumonia atípica e iniciado eritromicina e solicitado sorologia *Chlamydia pneumoniae* para *Mycoplasma pneumoniae* sendo reagente IgG 3329U/ML (reagente > 320U/ML) e IgM 1682U/ML (VR reagente > 950U/ML) para *M. Pneumoniae*.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

A idade é um importante preditor do agente etiológico nas PAC. As pneumonias bacterianas são mais comuns em crianças acima de 3 anos; as virais, em crianças mais jovens; e *M. pneumoniae*, em crianças em idade escolar.

As apresentações clínicas das infecções por *M. pneumoniae* são bastante variáveis. O curso clínico é geralmente moderado e autolimitado, e ocorre pneumonia em 3-10% dos pacientes. A importância de pensarmos em *M. pneumoniae* nas PAC com persistência do quadro na falha do tratamento com beta-lactâmico, com derrame pleural, de forma isolada ou em coinfeção, é que esse micro-organismo não responde a esses antibióticos. O tratamento adequado evita o prolongamento das manifestações clínicas e o surgimento de sequelas pulmonares.

O acompanhamento e reavaliação clínica dos pacientes com pneumonia em tratamento é importante para prevenir complicações e diagnosticar precocemente formas atípicas tratando de forma adequada.



RELATO DE CASO DE SÍNDROME HEMOLÍTICO URÊMICA TÍPICA.

Rodrigo Campos Ocariz, Vanessa Souza Brito, Marcello Otávio Teixeira França, Félix Carlos Ocariz Bazzano; Marco Aurélio Santos de Oliveira.

INTRODUÇÃO:

A Síndrome Hemolítico Urêmica (SHU) apresenta-se como um grupo de doenças caracterizadas por anemia hemolítica microangiopática, plaquetopenia e insuficiência renal aguda (IRA). Atinge, principalmente, crianças entre 6 meses e 5 anos de idade (incidência na criança de 2,1/100.000/ano), surgindo, geralmente, após infecção gastrointestinal por enterobactérias.

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO:

Trata-se de um paciente do sexo masculino, dois anos, leucoderma, que iniciou um quadro clínico de febre e diarreia, evoluindo para melena e oligúria em 3 dias. Deu entrada no pronto-atendimento torporoso, desidratado e hipocorado. Exames laboratoriais evidenciaram: hemácias 3,17; hemoglobina 8,9; hematócrito 24,10; plaquetas 63.000; potássio 3,2; sódio 118; uréia 163; creatinina 3,28. Internado em unidade de terapia intensiva, iniciou tratamento de suporte, Ceftriaxona, manteve bom padrão respiratório e estabilidade hemodinâmica. Apresentou queda da função renal progressiva por 10 dias e depois iniciou melhora do quadro. Durante internação, houve aumento dos níveis pressóricos, sendo tratado com nifedipina 0,25mg/kg/dose e hidralazina 1,7mg/kg/dia. Ultrassom de rins evidenciou aumento difuso da ecogenicidade renal. Coprocultura não identificou nenhum microorganismo. Recebeu alta após 23 dias de internação, sendo acompanhado ambulatorialmente, apresentando os seguintes exames laboratoriais: hemácias 3,52; hemoglobina 10,8; hematócrito 30,5; plaquetas 406.000; uréia 56 e creatinina 0,9.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

A SHU é dividida em típica (associada à infecção gastrointestinal recente por enterobactérias) e atípica (não associada à infecção recente por enterobactérias). É considerada a causa mais comum de IRA na criança, sendo que, cerca de 40-50% de crianças com SHU típica requerem suporte com terapia dialítica temporária. O diagnóstico precoce e o tratamento clínico de suporte agressivo torna-se fundamental na tentativa de minimizar as chances de sequelas graves como a insuficiência renal crônica.



SIFILIS CONGÊNITA, UMA DOENÇA REEMERGENTE.

Anna Luiza Pires Vieira, Eugênio Magalhães, Monica Assis Rosa, Lygia Meloni Costa, Mariana Monteiro, Débora Râmia Curi.

INTRODUÇÃO:

A sífilis, também chamada de Lues, foi descrita pela primeira vez há aproximadamente 500 anos. O conceito de transmissão sexual e transplacentária apareceu por volta de 1850, nesta época a sua disseminação se dava quase que exclusivamente por estas formas.

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO:

Mãe terçigesta, última gestação há 1 ano e 6 meses, não fez pré-natal, referia uso de bebida e maconha eventualmente, desconhecia a data da última menstruação, altura uterina compatível com 30 semanas, deu entrada no serviço em período expulsivo. RN do sexo masculino, nasceu em apnéia sendo intubado em sala de parto, apgar 3,7 peso de nascimento 1520g, ao exame físico apresentava-se MEG, murmúrios vesiculares diminuídos bilateralmente sendo necessário altas pressões para ventilação, anasarca, lesões ulceradas em pés e mãos, hepatomegalia e pétequias disseminadas em tronco. A placenta apresentava-se pálida e hidrópica. Paciente recebeu surfactante, ventilação mecânica 9 dias e devido quadro de instabilidade hemodinâmica fez uso de drogas vasoativas durante 8 dias, e penicilina cristalina por 10 dias. Exames complementares: hemograma apresentava reação leucemóide com desvio até pró-mielócito e plaquetopenia, VDRL 1/128, raio X de ossos longos com lesões. VDRL mãe 1/64.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

Com a descoberta da penicilina, o tratamento da sífilis levou a uma queda abrupta da incidência tanto da forma adquirida, quanto da congênita. Na década de 60 chegou-se a prever a sua erradicação até o final dos anos 80. No Brasil é uma doença de notificação compulsória desde 1986 e no período de 1998 a junho de 2007, ocorreram 41.566 casos de sífilis congênita notificados. A incidência passou de 1,3 casos por mil nascidos vivos em 2000 para 1,9 casos por mil nascidos vivos em 2005.

Atualmente a sífilis é considerada uma doença reemergente. Esta clássica doença sexualmente transmissível (DST) pode ser evitada e controlada através de medidas voltadas para a população em geral quanto à prática do sexo seguro. Nas gestantes é mais dramático pela possível e inaceitável ocorrência da sífilis congênita nos dias de hoje, onde o rastreamento sorológico obrigatório no acompanhamento pré-natal, o tratamento e a prevenção adequados são perfeitamente capazes de evitar a infecção do concepto e a re-infecção materna. Estas medidas são simples, amplamente disponíveis, de baixo custo e de grande impacto no controle da doença.



SÍNDROME DE REGRESSÃO CAUDAL EM FILHO DE MÃE COM DIABETES MELLITUS TIPO 1.

Bianca Rezende Rosa; Allana Christina F. Maciel; Anna Luiza Pires Vieira; Eugênio F. De Magalhães; Ediene Dos Santos.

INTRODUÇÃO:

A incidência de malformações em filho de mãe diabética (FMD) varia de 3 a 9%, três a quatro vezes mais frequente que a observada na população geral. MARTINEZ-FRIAS estudou 76 crianças nascidas de mães diabéticas pré-gestacionais e verificou que a síndrome de regressão caudal (SRC) foi verificada em 16% dos FMD, porcentagem esta 32 vezes mais frequente do que a observada na população normal e portanto, consistiria no defeito mais característico desses pacientes. A Síndrome de regressão caudal (SRC) foi descrita pela primeira vez em 1960, por Bernard Duhamel. Ele relatou a síndrome como um espectro de malformações congênitas que consiste anomalias dos sistemas urinário e genital, da coluna lombossacra e dos membros inferiores.

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO:

Recém-nascido do sexo feminino, idade gestacional de 32 semanas pela DUM, peso de nascimento 2680 g, necessitou de manobras de reanimação ao nascer com melhora devido quadro de apnéia, apgar 3, 8. Parto cesárea, devido sofrimento fetal agudo. Mãe 39 anos, tercigesta, com um aborto, diabética tipo 1, sem controle clínico adequado. Ao exame físico anormalidades de membros inferiores e pelve como fossa na região de coluna toracolombar, ausência de prega interglútea, limitação à abdução do quadril, joelhos em hiperextensão, encurtamento dos membros inferiores e pé torto congênito bilateral, sugestivos de síndrome de regressão caudal. Durante a internação foram realizadas investigações diagnósticas, que evidenciaram presença de miocardiopatia hipertrófica, com hipertrofia septal de 8mm no ecocardiograma, ao ultrassom abdominal presença de rins em ferradura e ao Raio X ausência de coluna sacral e pelve. No décimo dia de internação evoluiu com quadro clínico sugestivo de sepsis tardia com melhora clínica. Atualmente encontra-se em acompanhamento multidisciplinar.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

O período crítico em que o diabetes materno pode causar malformações nos conceptos estaria entre a terceira e a sétima semana de gestação, que corresponde ao período da organogênese. Muitas das anomalias fetais e embriogênicas que ocorrem nas gestações complicadas pelo diabetes materno resultam do desenvolvimento fetal em um ambiente materno com metabolismo anormal. É importante que a mulher diabética, seja orientada para um planejamento adequado de sua gravidez, bom controle diabético no período periconcepcional e durante a gestação, principalmente no 1º trimestre.



SÍNDROME DE STURGE WEBER- RELATO DE CASO.

Carolina Ferndandes Pereira; Cínthia Cristine Santos Fogaça; Anna Luísa Pires Vieira, Eugênio Fernandes Magalhães, Larissa Santos Fogaça.

INTRODUÇÃO:

A síndrome de Sturge Weber (SSW) ou angiomatose encefalotrigeminal craniofacial, trata-se de uma síndrome rara, congênita não hereditária. Embora rara é a síndrome neurocutânea mais freqüente entre as síndromes neurocutâneas, especialmente com predomínio vascular. Há uma prevalência de 1/50.000 nascimentos, consideram que os gêneros feminino e masculinos são igualmente afetados e que não há predileção por raça.

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO:

Lactente, 3 meses de idade, sexo feminino, deu entrada na PS, com história de espasmos musculares em MSE e MIE, queda da cabeça para o lado E e movimentação ocular com duração de aproximadamente 3-5 minutos cada episódio, seguidos por choro forte, apresentou 4 episódios no período de 12 horas. Nega febre, alterações respiratórias ou gastrointestinais. Exame físico: presença de hemangioma em hemiface D, pupilas isocóricas e fotorreativas, ausência de rigidez de nuca, durante exame físico apresentou crise convulsiva, tônico, clônica com duração de 15 minutos. Tomografia: Impregnação leptomeníngea à direita por ingurgitamento, hiperatenuação espontânea da região subcortical direita, sendo que todo o hemisfério é mais evidente, mas principalmente a região subcortical e aumento do glomus coróide homolateral. HPP: Mãe primigesta, parto cesárea com 39 semanas, sem intercorrências na gestação ou no parto.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

A presença do nevo flamíneo ou mancha do vinho do porto é bastante sugestiva da doença. A presença de crises convulsivas é também uma manifestação comum, além de alterações visuais e de retardo mental, geralmente os pacientes se desenvolvem normalmente até o início das crises epilépticas.

O conhecimento dessa síndrome rara é importante tanto para o melhor acompanhamento desses pacientes, no sentido de se atingir sucesso clínico terapêutico.



TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR EM LACTENTE: RELATO DE UM CASO.

Vanessa Souza Brito, Rodrigo Campos Ocáriz, Patrícia Tessaroli, Rodrigo Liberato Oliveira, Félix Carlos Ocáriz Bazzano, Marco Aurélio Santos de Oliveira.

INTRODUÇÃO:

A taquicardia supraventricular (TSV) é um ritmo rápido e regular, origina-se acima dos ventrículos, por mecanismo de reentrada por via acessória, no nó atrioventricular ou por foco atrial ectópico. É a taquiarritmia que mais comumente causa comprometimento cardiovascular na infância, com incidência de 1:250 a 1:1000.

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO:

Trata-se de um lactente de 1 mês e 12 dias de vida, de sexo masculino, peso 4800g, nascido de parto normal, a termo, hígido previamente, que iniciou de forma súbita quadro de hipotividade, hiporexia, sonolência e gemência, sendo levado ao pronto atendimento. Em avaliação inicial, apresentava-se em mal estado geral, hipocorado 3+/4+, desidratado 1+/4+, cianótico e pele de aspecto rendilhado, pulsos finos, perfusão periférica de 4 segundos, arreativo, pupilas mióticas, hipotérmico, fontanela anterior normotensa, com murmúrio vesicular rude à ausculta, fígado palpável a 3cm do rebordo costal direito e taquicárdico (FC: 250bpm). Em sala de emergência foi monitorizado e diagnosticado TSV. A cardioversão química não teve sucesso com adenosina a 0,1mg/kg realizada por três vezes e amiodarona a 5mg/kg uma vez. Realizada cardioversão sincronizada com 0,5J/kg, com normalização do ritmo cardíaco, porém com rebaixamento do nível de consciência, foi entubado e encaminhado à UTI pediátrica. Em UTI, o lactente apresentou ainda três novos episódios de TSV, todos cardiovertidos com adenosina. Foram realizados exames laboratoriais e de imagem para identificar as possíveis causas contribuintes. A hiponatremia, a acidose metabólica e a anemia foram corrigidas, e os demais exames não tiveram alterações. O lactente utilizou amiodarona de manutenção por 10 dias, reduzindo-se as doses até sua suspensão. Iniciou digoxina e propranolol em doses de manutenção, via oral, no oitavo dia de internação, sendo a digoxina suspensa 8 dias após sua introdução. Recebeu alta hospitalar 17 dias após sua admissão, em uso de propranolol e encaminhado ao ambulatório de cardiologia pediátrica para acompanhamento.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

O diagnóstico precoce da TSV possibilita a reversão do quadro antes da evolução para parada cardiorrespiratória. Deve-se atentar para a sintomatologia apresentada por lactentes (como hiporexia, taquipnéia, irritabilidade, sonolência incomum, palidez ou cianose e vômitos), que é inespecífica e pode facilmente confundir o diagnóstico.



TUBULOPATIA EM CRIANÇA- ACIDOSE TUBULAR RENAL TIPO II COM

SÍNDROME DE FANCONI- RELATO DE CASO.

Mariana Harumi Milan, Maycon Melo Lopes, Monara Santos Pereira, Ondina Paula dos Anjos Rios, Paula Curitiba Maciel, Pedro Henrique Ramos Caveanha, Anna Luiza Pires Vieira, Ediene dos Santos, Jacinto Peixoto Floriano, Daniela Zica.

INTRODUÇÃO:

A Acidose Tubular Renal (ATR) Tipo II resulta da reabsorção prejudicada de bicarbonato no túbulo proximal. Geralmente ocorre como um componente da disfunção tubular proximal generalizada ou Síndrome de Fanconi, que é caracterizada por proteinúria, glicosúria, fosfatúria, aminoacidúria e ATR tipo II. Existem formas hereditárias ou adquiridas, primárias e secundárias. São doenças crônicas com impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes quando não tratadas adequadamente.

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO:

Lactente de 10 meses, sexo masculino, leucoderma, deu entrada no PS com quadro de prostração, desidratação, náuseas, vômitos, hiporexia há 12 dias associado a polidipsia, xerostomia e poliúria há 2 meses e perda de 400 g em 1 mês. HPP: Sem antecedentes mórbidos. Hgest: parto natural sem intercorrências, a termo, Apgar 9/10, peso de nascimento 3235g. Ao exame físico: pálido, desidratado, prostrado, afebril, sem outras alterações. Aos exames laboratoriais: acidose metabólica hiperclorêmica, hipocalemia, hipomagnesemia, anemia hipocrômica/microcítica, hipovitaminose D, glicosúria, proteinúria, hematúria, glicemia sérica e função renal normais, USS renal e tomo de crânio sem alterações.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

Pacientes com ATR tipo II se apresentam com déficit do crescimento no primeiro ano de vida. Sintomas adicionais podem incluir poliúria, desidratação, anorexia, vômito, constipação e hipotonia, podendo evoluir com nefrolitíase e até perda da função renal. Pacientes com Síndrome de Fanconi terão sintomas adicionais secundários à perda de fosfato, como o Raquitismo resistente à vitamina D, uma acidose metabólica hiperclorêmica estará presente. O diagnóstico se dá pela confirmação da acidose metabólica com ânion gap normal, identificação de anormalidades eletrolíticas, entre elas a hipopotassemia, função renal e exclusão de outras causas de perda de bicarbonato. A imagem radiográfica é importante para avaliação de alterações ósseas. O fundamento da terapia é a reposição de grande quantidade de bicarbonato e na Síndrome de Fanconi é necessária suplementação de fosfato.

A associação de ATR tipo II com Síndrome de Fanconi agrava o quadro do paciente e seu prognóstico. Se possuir ATR tipo II isolada, com o tratamento, geralmente apresentará melhora do crescimento, desde que os níveis de bicarbonato sérico sejam mantidos na faixa normal. Com a Síndrome de Fanconi podem ter morbidade persistente com retardo no crescimento e raquitismo.



TUMOR SISTEMA NERVOSO CENTRAL EM PEDIATRIA, COM DESFECHO DESFAVORÁVEL. RELATO DE CASO.

Anna Luiza Pires Vieira, Ediene Santos, Edson Luiz de Lima, Eugênio Magalhães, Ítalo Filipe Cardoso Amorim, Guilherme Augusto Vasconcelos Vieira.

INTRODUÇÃO:

Os tumores do sistema nervoso central constituem aproximadamente 20% de todas as neoplasias do grupo etário pediátrico, sendo o segundo tipo mais comum de câncer nas crianças. A causa do tumor cerebral primário é desconhecida.

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO:

Pré-escolar, 5 anos, sexo feminino, deu entrada no PS do HCSL com queixa de cefaleia matinal, vômitos, dor em MMSS e sonolência. Negava febre. Mãe referia que os sintomas iniciaram há 2 semanas com dor em MMSS e cefaleia, há 5 dias iniciou com quadro de vômitos e há 1 dia sonolência. Paciente sem antecedentes patológicos, vacinação em dia, desenvolvimento neuropsicomotor sem alterações. Ao exame físico: letárgica, pupilas isocóricas, fotorreativas; força motora preservada, porém apresentava dificuldade para se levantar, sem sinais meníngeos, MMSS sem dor a palpação ou presença de sinais flogísticos. Após 3 horas de internação apresentou um episódio de crise convulsiva com duração de 20 minutos. Foi solicitado TC de crânio com imagem sugestiva de tumor no SNC com desvio de linha média e sangramento intraventricular, sendo um tumor inoperável e com 24 horas de internação a paciente evoluiu para morte encefálica.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

As neoplasias cerebrais são raras em crianças tendo o pediatra pouca oportunidade de diagnosticar e acompanhar pacientes com essas patologias. A cefaleia é um sintoma relativamente frequente em crianças em idade escolar (5 a 30%), enquanto neoplasia cerebral é uma doença rara na infância (0,003%). Desta forma, o pediatra generalista verá muitos casos de cefaleia e poucos de neoplasia cerebral por toda a vida profissional, além do que cefaleia e vômitos são sintomas habituais nas crianças sendo inespecíficos e que mimetizam outras doenças mais comuns e menos graves. O diagnóstico apresenta dificuldades e isso se reflete no intervalo sintoma e na morbi-mortalidade.

Vários fatores contribuem para a dificuldade de diagnóstico dos tumores cerebrais em pediatria. Neste sentido, torna-se importante que o pediatra generalista tenha sempre em mente a possibilidade de neoplasia cerebral e a realização de minuciosa anamnese e exame neurológico se faz imperativo em todos os casos de cefaleia. Diante disso, espera-se o aumento da conscientização sobre os desafios associados com o diagnóstico de tumores cerebrais a fim de minimizar quaisquer atrasos no diagnóstico, fornecendo rápido e adequado tratamento.



TUMORES MEDIASTINAIS EM ADOLESCENTES.

Anna Luiza Pires Vieira; Eugênio Fernandes Magalhães; Lucas Gaspar Córdova; Liliane Rodrigues Figueiredo; Leandro Pereira; Raíssa Saraiva Caruso; Rodrigo Soares Silveira; Fernando Francisco Beraldo Borges de Sant'ana Telles; Maísa Kamano; Letícia da Fonseca Lopes.

INTRODUÇÃO:

Os tumores do mediastino representam uma grande variedade de neoplasias de origem tecidual e têm em comum o local de ocorrência nesse compartimento do tórax. As principais etiologias de massas do mediastino anterior incluem timoma, teratoma, bócio tireoidiano e linfoma. As manifestações clínicas das massas mediastinais vão desde ausência de sinais e sintomas, presença de compressão e invasão de estruturas adjacentes, até manifestações a distância por metástases, secreção de hormônios e fenômenos autoimunes.

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO:

G.E.R, 11 anos, masculino, residente na zona rural, com início do quadro com dor em hemitórax esquerdo há 7 dias, tosse seca há 5 dias e episódios de febre. Ao exame físico, paciente encontrava-se acianótico, anictérico, afebril, hidratado, orientado, hemitórax esquerdo abaulado e edemaciado e com dor a palpação e murmúrio vesicular abolido em todo tórax. Tomografia computadorizada de tórax com contraste apresentou pequeno espessamento pleuromarginal à esquerda; massa mediastinal anterior; atelectasia por compressão pulmonar esquerda; espessamento pleuromarginal à esquerda; linfonodos supraclaviculares, mediastinais, axilares e paraórticos. O diagnóstico do paciente foi de Linfoma não Hodgkin linfoblástico de células T pela imunohistoquímica da biópsia.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

O linfoma Linfoblástico ocorre predominantemente em crianças, adolescentes e adultos jovens e representa 60% dos casos de linfoma não-Hodgkin mediastinais. Em geral são provenientes do Timo, estando relacionados com dificuldade respiratória devido a massa no mediastino anterior. Ocorrem mais comumente em homens e tem curso agressivo com rápida disseminação para SNC e comprometimento da medula óssea.

A definição do compartimento mediastinal acometido é essencial para orientar a investigação diagnóstica e o tratamento, portanto, esses pacientes necessitam de história clínica e exame físico detalhados. A radiografia de tórax em PA e perfil é solicitada inicialmente, seguida de TC de tórax com contraste em todos os casos. Outros exames de imagem são solicitados em casos específicos.

VASCULITE EM CRIANÇA – PÚRPURA DE HENoch-SCHÖNLEIN, RELATO DE CASO.

Ondina Paula dos Anjos Rios, Paula Curitiba Maciel, Pedro Henrique Caveanha, Ediene dos Santos, Monara Santos Pereira, Mariana Harumi Milan, Maycon Dionata Lopes, Anna Luiza Pires Vieira, Jacinto Floriano Barbosa.

INTRODUÇÃO :

Vasculite é um termo genérico para inflamação vascular, apresenta várias causas sendo a Púrpura Henoch Schölein (PHS) a mais comum na infância. Apresenta incidência de 9/100.000 e etiologia desconhecida. A doença acomete pequenos vasos preferencialmente e tem como manifestações clínicas púrpura palpável, artralgia ou artrite, nefropatia por IgA e dor abdominal; tem curso autolimitado e benigno, sendo feito tratamento sintomático e acompanhamento devido ao acometimento renal tardio.

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO:

Lactente, 1 ano e 3 meses, feminino, branca, natural e residente em Santa Rita do Sapucaí/MG. Deu entrada no PS-HCSL com quadro de manchas vermelhas em pavilhões auriculares e MMII. Cerca de 06 dias antes a criança recebeu vacina (não sabe relatar qual), e, apresentava-se com quadro de coriza, tosse e febre. Após 04 dias apresentou petéquias em pavilhão auricular e MMII evoluindo para equimoses. Procurou atendimento no Posto de Saúde e foi receitado antibioticoterapia, prednisolona e sintomáticos. Sem melhora do quadro a mãe procurou o PS. À admissão, encontrava-se em bom estado geral, acianótica, anictérica, afebril, normocorada, hidratada, eupneica, com lesões purpúricas, petéquias e equimoses em face, membros superiores, membros inferiores e pés; com sistemas cardiovascular, respiratório e neurológico sem anormalidades. Exames laboratoriais: discreta anemia, plaquetas, TTPA, TAP, EAS, eletrólitos, uréia e creatinina dentro dos valores de normalidade. Paciente manteve-se estável e recebeu alta hospitalar, com retorno ambulatorial agendado para acompanhamento.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

A ausência de plaquetopenia e coagulograma normal afastou ser púrpura trombocitopênica, e, por preencher dois critérios da ACR (púrpura palpável e idade ≤ 20 anos) foi feito diagnóstico de PHS. Os principais diagnósticos diferenciais no caso eram as doença de Kawasaki e arterite de Takayasu, que foram descartados. O bom estado geral da paciente e ausência de nefrite, permitiram a alta hospitalar com orientações e acompanhamento ambulatorial.

Apesar de a PHS ser a vasculite mais comum na criança, os profissionais de saúde apresentam dificuldades na identificação desta, uma vez que apresenta semelhanças com seus diagnósticos diferenciais. Desse modo, devemos sempre nos orientar pela clínica do paciente e exames laboratoriais que descartem outras vasculites. Essa conduta diminui os riscos e sequelas aos pacientes. Embora tenha curso benigno e auto-limitado, deve ser feito um seguimento à longo prazo, dado o elevado risco de aparecimento de complicações renais persistentes e irreversíveis

