

TL-012

## Migrânea abdominal em crianças e adolescentes: aspectos da apresentação clínica em um ambulatório terciário de gastroenterologia pediátrica

Andréa Souza Hachem,<sup>1</sup> Rafaella Karen Sousa Monterlei,<sup>1</sup> Luiza Tavares Carneiro Santiago,<sup>1</sup> Thais Oliveira,<sup>1</sup> Cristian Sandoval,<sup>1</sup> Gabriela Nascimento Hercos,<sup>1</sup> Juliana Tedesco Dias,<sup>1</sup> Débora Avellaneda Penatti,<sup>1</sup> Mary de Assis Carvalho,<sup>1</sup> Nilton Carlos Machado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Medicina de Botucatu

**Objetivo** • Avaliar características demográficas, clínicas e antropométricas na apresentação clínica de crianças e adolescentes com migrânea abdominal (MA). **Métodos** • Estudo observacional, prospectivo, em crianças com MA encaminhadas para uma clínica de gastroenterologia pediátrica durante oito anos. Foram aplicados dois consensos para o diagnóstico da MA: 1) critérios da International Classification of Headache Disorders (2004); e 2) critérios de Roma III (2006). Dados demográficos, clínicos e antropométricos são apresentados como (mediana, percentil 25-75) e proporção. **Resultados** • No período avaliado foram atendidas 712 crianças com dor abdominal crônica (DAC), sendo que 107 (15%) preencheram os dois critérios para MA. As principais características foram: sexo feminino (62%), sendo primogênito (35%), idade das crianças (meses) – na primeira consulta 108 (85-128), idade de início dos sintomas 78 (48-108), tempo de sintomas 18 (7-36). Idade (anos) – mãe 34 (29-38), pai 36 (32-42). Número de cômodos da casa: 5 (4-6), número de pessoas: 4 (4-5) e de crianças: 2 (1-3), índice de aglomeração (1,0%). Características dos sintomas: dor abdominal (linha média = 93), irradiação retroesternal (9), cefaleia (72), vômitos (66), náusea (48), fotofobia (40), palidez (40), anorexia (39), vertigem (10). Hábito intestinal normal (64). Observou-se como manifestação clínica isolada: dor abdominal (2,7%), vômitos (3,6%) e cefaleia (2,7%). História de migrânea na família: mãe (27), pai (12) e outros (20). Sobrepeso/obesidade ocorreu em 24. Indicação de esofagogastroduodenoscopia e com resultado negativo (6). Todos os pacientes apresentaram crises periódicas e com quadro clínico e intervalos com ausência completa de sintomas muito semelhantes. **Conclusão** • MA representou 15% das crianças com DAC, correspondendo a uma importante carga de trabalho. A somatória dos dois critérios favoreceu a definição diagnóstica. Os achados mostraram: uma família pequena, com número pequeno de filhos e uma moradia com poucos cômodos. O tempo de sintomas até o diagnóstico foi longo, considerando a sua intensidade. A tríade: dor abdominal na linha média + cefaleia + vômitos foi muito frequente na apresentação clínica. Um quarto das crianças apresentavam sobrepeso/obesidade o que dificultou o tratamento profilático, considerando que o medicamento a ser utilizado aumenta o apetite. Estes resultados devem suscitar nos pediatras um aumento na suspeita diagnóstica da MA. **Agradecimentos** • Ao Dr. Nilton C. Machado, à Dra. Mary A. Carvalho, à Luiza Santiago e à Rafaella Monterlei.

P-023

## Fatores epidemiológicos associados a práticas alimentares em lactentes

Ingrid Ramos Reis Couto,<sup>1</sup> Glaúcia Macedo de Lima,<sup>1</sup> Rodrigo Oliveira de Menezes Gonçalves<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fundação Técnico-Educacional Souza Marques

**Introdução** • A Organização Mundial da Saúde recomenda aleitamento materno exclusivo até 6 meses de idade. Na impossibilidade do leite materno, a alimentação adequada ao primeiro semestre de vida é o leite artificial. **Objetivo** • Observar eventuais erros alimentares associados ao desmame precoce em lactentes. **Método** • Estudo transversal descritivo, das respostas dos questionários aplicados a mães de lactentes concordantes com a pesquisa, em uma Unidade Básica de Saúde. Variáveis epidemiológicas 1) da mãe: idade, renda familiar, escolaridade e paridade; 2) do lactente: idade à primeira consulta de puericultura, aleitamento exclusivo ao seio (SME) ou não nos primeiros 6 meses e eventual erro no preparo do alimento no desmame. A estatística descritiva foi verificada pela prevalência das respostas dos questionários, distribuindo-se frequências para as variáveis categóricas e média e medidas de tendência central para as contínuas. **Resultados** • A média de idade das mães dos 155 lactentes assistidos no estudo foi  $25,5 \pm 6,23$ . Um percentual de 51% delas não recebeu orientação quanto ao aleitamento. A média de idade dos lactentes à primeira consulta nesta UBS foi  $33 \pm 4,24$  dias de vida. Em relação ao perfil socioeconômico, idade materna entre 36 a 45 anos associou-se à renda familiar  $\leq$  que 1 salário-mínimo e à maior paridade. O nível de escolaridade de 29 das mães foi  $\leq$  8 anos, 58 entre 8-12 anos e 18 mães com mais de 12 anos de estudo. Receberam SME 78 lactentes. Dos 77 desmamados antes dos 6 meses, 48 receberam SM e fórmula láctea (misto), 23 apenas fórmula láctea regular, outros 23 fórmula inadequada no preparo e seis alimentos pastosos e até sólidos, além da fórmula láctea nos primeiros 6 meses. **Conclusão** • O estudo aponta tendência à primeira consulta ao pediatra fora do período neonatal, com perda da oportunidade de controle do desmame inicial. Ressalta-se a frágil instrução das mães em relação ao complemento alimentar. Sobre o perfil socioeconômico, baixo nível de renda salarial, associado a menor tempo de estudo e maior paridade, nos preocupa não apenas quanto à desordem alimentar, mas também quanto ao comprometimento de desenvolvimento dos lactentes.

P-026

## Relato de caso – Enxaqueca abdominal

Caroline Scantamburlo<sup>1</sup><sup>1</sup>Prefeitura Municipal de Macaé

**Introdução** • Enxaqueca abdominal é uma variante da enxaqueca e se caracteriza por episódios recorrentes de dor periumbilical, de severa intensidade a ponto de interferir nas atividades diárias, em que nenhuma causa orgânica é encontrada. Mais comum em crianças. Diagnóstico baseado em critérios clínicos. Tratamento complexo. **Descrição do caso** • L. B. A., 9 anos, feminino, apresentava dor abdominal em crises que ocorriam em média de três vezes ao dia, vômitos e palidez com início há três meses, já havia realizado tratamento para verminose e investigação inicial com hemograma, ultrassonografia de abdome e sumário de urina, os quais não evidenciaram alterações, porém pela persistência dos sintomas foi novamente levada ao pronto-socorro por seus familiares. Iniciou-se uma nova investigação na qual foi realizado novo hemograma, sumário de urina e tomografia de abdome, em que se levantou a hipótese de adenite. Sem evolução favorável do quadro e persistindo os sintomas, ampliou-se a investigação com tomografia com contraste, endoscopia e eletroencefalograma, os quais também não evidenciaram alterações que explicassem o quadro da paciente. Foi quando se decidiu solicitar parecer da neuropediatria, que ao realizar anamnese e exame físico constatou história familiar positiva para enxaqueca e então iniciou tratamento para enxaqueca abdominal com ácido valproico preventivamente e sumatriptano como abortivo, com melhora do quadro e alta. Paciente apresentava quadro de dor abdominal recorrente que se apresentava em crises e vinha acompanhada de vômitos e palidez, seus diagnósticos diferenciais foram excluídos do mais comum para o mais raro, através de exames foi possível descartar verminose, infecção urinária, apendicite, entre outras. A enxaqueca abdominal é mais comum em crianças e no sexo feminino e tem relação com casos de enxaqueca na família e o desenvolvimento desta na idade adulta. Atualmente o tratamento é realizado de forma preventiva, evitando os gatilhos e com medicação preventiva e abortiva assim como na enxaqueca. Quando tratamento foi instituído houve melhora significativa. O conhecimento da doença é de extrema importância para que o diagnóstico e o tratamento corretos possam ser instituídos melhorando a qualidade de vida dos pacientes, porém por ser um diagnóstico baseado somente em critérios clínicos é subdiagnosticado frequentemente.

P-034

## Dados epidemiológicos e clínicos de pacientes pediátricos com doenças inflamatórias intestinais acompanhados em serviços de referência

Anna Letícia de Cerqueira Campos Villardi,<sup>1</sup> Leonardo Jabour Ferreira,<sup>1</sup> Juliana Bortoluzzi Santos,<sup>1</sup> Cristiane Harumi Bazhuni Tsuge,<sup>1</sup> Bruno Pereira Ribeiro da Rocha,<sup>1,2</sup> Myrna Santos Rocha,<sup>2</sup> Daniele Pires Dias Alves,<sup>2</sup> Elvira Alonso Lago,<sup>2</sup> Verônica Santos de Oliveira,<sup>1,2</sup> Giuseppe Maria Santalucia<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Federal de Bonsucesso<sup>2</sup>Hospital Municipal Jesus

**Objetivo** • Existem poucos estudos epidemiológicos sobre doença inflamatória intestinal (DII) na população pediátrica no Brasil. Nosso país é considerado área de baixa prevalência, apesar do aumento da incidência dessas doenças na população ocidental. Em 15 a 20 dos casos, o diagnóstico ocorre na infância e adolescência. Este estudo tem como objetivo descrever os dados clínicos e epidemiológicos de crianças e adolescentes com DII, acompanhados em dois serviços de referência. **Método** • Foram coletados dados de 22 pacientes através de prontuários e entrevistas de janeiro/2015 a abril/2018, com diagnóstico clínico e laboratorial de DII. As variáveis analisadas foram: sexo, idade ao diagnóstico, etnia, história familiar, apresentação clínica, tempo entre início dos sintomas e diagnóstico, diagnóstico e lesão perianal. Para o diagnóstico foram utilizados dados de exames de imagem e de biópsias. **Resultados** • Dos 22 pacientes, 14 eram meninos (63%). A idade ao diagnóstico variou entre 8 meses e 17 anos, com média de 9,8 anos. Em relação à etnia: 9 pacientes são pardos (45%), 7 brancos (35%) e 4 negros (20%). Casos de DII em parentes de primeiro grau foram relatados em três casos (14%). Com relação ao quadro clínico: 18 pacientes apresentaram dor abdominal (82%), 20 enterorragia (91%), 20 diarreia (91%) e 17 perda ponderal maior que 10 (77%). O tempo médio entre o início dos sintomas e o diagnóstico foi de 11,2 meses. O diagnóstico de retocolite ulcerativa ocorreu em 10 pacientes (45%), doença de Crohn em 9 (41%) e colite indeterminada em 3 (14%). Dez apresentaram lesão perianal, 5 desses com fístulas e 6 com fissuras. Dois pacientes apresentaram pancolite ulcerada com estenose retal (9%). Nos 22 pacientes estudados, a análise histopatológica demonstrou granulomas (9%). **Conclusão** • A DII vem sendo diagnosticada com mais frequência na população pediátrica em nosso meio, o que pode significar aumento real ou melhora no diagnóstico. Os sintomas mais comuns foram diarreia, enterorragia, dor abdominal e perda de peso. O tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico foi de 11,2 meses e o percentual de história familiar positiva 13,6. **Agradecimentos** • Ao Serviço de Gastroenterologia Pediátrica do Hospital Federal de Bonsucesso por todo aprendizado.

P-055

## Síndrome do intestino irritável em crianças e adolescentes: aspectos da apresentação clínica em ambulatório terciário de gastroenterologia pediátrica

Rafaella Karen Sousa Monterlei,<sup>1</sup> Andrea Souza Hachem,<sup>1</sup> Luiza Tavares Carneiro Santiago,<sup>1</sup> Daniela O. Souza,<sup>1</sup> Maria G. D. Montiel,<sup>1</sup> Gabriela N. Hercos,<sup>1</sup> Juliana Tedesco Dias,<sup>1</sup> Debora A. Penatti,<sup>1</sup> Mary A. Carvalho,<sup>1</sup> Nilton Carlos Machado<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade Estadual Paulista

**Objetivo** • Avaliar características demográficas, clínicas e antropométricas de crianças e adolescentes com síndrome do intestino irritável (SII). **Métodos** • Estudo observacional, prospectivo de crianças consecutivamente atendidas em um período de oito anos. A SII foi diagnosticada baseando-se nos critérios de Roma III (CRIII) para crianças e nos subtipos: constipação predominante (SII-C), diarreia predominante (SII-D), misto e indeterminado segundo os CRIII para adultos. O diagnóstico e a classificação em subtipos foram definidos durante seis meses de seguimento por dois autores do estudo. Os dados são apresentados com mediana (percentil 25-75) e proporção. **Resultados** • No período avaliado foram atendidas 712 crianças com dor abdominal crônica, sendo que 197 (27%) preencheram os critérios para SII. As principais características foram: sexo feminino (62%), sendo primogênito (40%), idades das crianças (meses): na primeira consulta 108 (83-131), idade de início dos sintomas 82 (54-110), tempo de sintomas 12 (6-36). Idade (anos): mãe 33 (28-38), pai: 37 (32-42). Número de cômodos da casa: 5 (4-6), número de pessoas: 4 (4-5), e de crianças: 2 (1-3). Sobrepeso/obesidade (26). Proporção de crianças que atenderam aos CRIII (81) sendo: alívio da dor com a evacuação (68), mudança na frequência das evacuações (36), mudança na consistência das fezes (33). Proporção de crianças com os três critérios (18). Localização da dor abdominal: periumbilical (62), hipocôndrios (10), sem irradiação (83). Sintomas associados: vômitos (26), alteração do apetite (18), cefaleia (18). As prevalências dos subtipos foram: SII-C (60), SII-D (07). Em 33 não foi possível definir o subtipo. Apresentaram incontinência fecal (6) e urgência evacuatória (17). **Conclusão** • Os achados mostram: uma família pequena, com número pequeno de filhos e uma moradia com poucos cômodos. Dor periumbilical, sem irradiação associada a constipação que melhora com a evacuação e sem incontinência fecal constituem critérios sem dificuldades para definição da SII-C. Entretanto, não foi possível classificar 33 em subtipos, pois a definição do percentual de evacuações alternantes foi difícil de caracterizar. A proporção de crianças com sobrepeso/obesidade constitui um subgrupo de difícil implementação de uma dieta rica em fibra alimentar e de baixa caloria. **Agradecimentos** • Ao Dr. Nilton, à Dra. Mary, à Luiza e à Andrea.

P-058

## Bezoar intestinal em criança – Relato de caso

Gabriela Bastos Duran,<sup>1</sup> Carla Monique Silva Magalhães,<sup>1</sup> Milena Rios Santos Reis,<sup>1</sup> Raquel Simbalista de Queiroz<sup>1</sup>

<sup>1</sup> União Metropolitana de Educação e Cultura

**Introdução** • Bezoar consiste no acúmulo de substâncias não digeridas que formam corpos estranhos no interior do trato digestivo. É frequentemente localizado no estômago, podendo se estender por todo intestino, sendo importante causa de abdome agudo obstrutivo na população pediátrica. **Objetivo** • Descrever o caso de uma paciente de faixa etária pediátrica com uma massa em abdome decorrente de ingestão de corpos estranhos diversificados. **Descrição do caso** • Paciente, 2 anos, sexo feminino, previamente hígida, admitida em um serviço de emergência pediátrica com relato de incontáveis vômitos iniciados há 24 horas. Ao exame físico foi detectada massa palpável em abdome inferior esquerdo, de superfície irregular, endurecida. A ultrassonografia de abdome total evidenciou a presença de formação expansiva hipocogênica na pelve, medindo aproximadamente 5,0 × 4,1 cm. A radiografia de abdome mostrou diversas imagens ovaladas radiodensas em todo intestino. Não houve alterações nos exames laboratoriais. Após internamento, genitora relatou que a criança tem hábito de ingerir massa de modelar e giz de cera, assim como levar diversos objetos à boca. Foi iniciado uso de laxantes oral e via retal, levando à eliminação de múltiplos corpos estranhos, alguns sendo possíveis de identificar como giz de cera e outros de característica metálica semelhantes a botões. Após eliminação total, acompanhada por radiografia seriadas, recebeu alta hospitalar, sem intercorrências. **Discussão** • Os bezoares são pouco diagnosticados em crianças. O bezoar misto como o do caso relatado é incomum na literatura. Os principais sintomas são vômitos, dor abdominal, náuseas e anorexia. Dentre estes, a paciente apresentou apenas vômitos, o que é concordante com dados descritos na literatura como manifestação mais comum. Como método diagnóstico de escolha não foi necessária a utilização da radiografia contrastada como indica a literatura; a radiografia simples de abdome, a ultrassonografia de abdome total e a história clínica da paciente foram suficientes para confirmar a suspeita diagnóstica. **Conclusão** • Apesar de pouco frequente, bezoar é um importante diagnóstico diferencial de abdome agudo obstrutivo em crianças. Destaca-se a importância do conhecimento dessa patologia para o diagnóstico precoce e tratamento adequado.

P-068

## Abscesso hepático na infância: relato de caso

Rhayane Peres de Oliveira da Silva,<sup>1</sup> Denise Cardoso das Neves Sztajnbock,<sup>1</sup> Thaís Soares Nascimento,<sup>1</sup> Lucas Lessa Assunção,<sup>1</sup> Lígia Oliveira de Almeida,<sup>1</sup> Juliana Riscado Dias,<sup>1</sup> Marianne Quintas Rabello Moraes,<sup>1</sup> Damaris Alves Barbosa da Silva,<sup>1</sup> Bianca Dib Tauok,<sup>1</sup> Ângela da Fonseca Borges<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitário Pedro Ernesto

**Introdução** • Abscessos hepáticos são o tipo mais comum de abscesso visceral. Na maioria polimicrobianos e as manifestações clínicas incluem febre e dor abdominal. Em crianças, podem causar a febre de origem desconhecida e devem ser considerados no diagnóstico diferencial. **Descrição** • Paciente de 3 anos apresentou em 6/6 dor abdominal difusa e vômitos, atendido em emergência e prescritos sintomáticos. Evoluiu com febre alta e distensão abdominal, atendido em pronto-atendimento e transferido para hospital em Teresópolis, onde chegou em estado grave. Tomografia de abdome evidenciava abscesso hepático e derrame pleural à direita. Iniciados ceftriaxona, gentamicina e metronidazol e colocado drenos hepático e pleural à direita. Evoluiu com choque séptico, necessitando de suporte transfusional, ventilação mecânica invasiva e aminas, e substituiu-se gentamicina por vancomicina. Devido à piora clínica foi transferido para UTIP do nosso serviço em 13/6, onde a ceftriaxona foi trocada por cefepima. Apresentava lesão pustulosa em quirodátilo. Coprocultura e pesquisa de *Entamoeba histolytica* negativas, alfafetoproteína normal (8,23) e HIV negativo. Manteve febre em antibioticoterapia e ultrassom abdominal demonstrava abscesso de tamanho semelhante, multiloculado com loja do dreno vazia e múltiplas lojas não drenadas. Optou-se por trocar cefepima por carbapenêmico e fazer drenagem percutânea de lojas superficiais. Líquido pleural, hemoculturas, urinocultura e coprocultura negativas. Transferido para enfermaria em 27/6, após melhora clínica e extubação, para término da antibioticoterapia. Houve crescimento de *Staphylococcus aureus* multissensível na secreção do abscesso e trocado para oxacilina após cinco semanas de vancomicina. Ecocardiograma normal e exames de controle mostravam involução da lesão, com melhora clinicolaboratorial expressiva. Alta hospitalar em 25/7 em uso de amoxicilina-clavulanato com seguimento ambulatorial, sendo descartada imunodeficiência. **Discussão** • Abscessos hepáticos devem ser diferenciados de casos primários ou secundários aos tumores ou cistos congênitos. É importante ainda descartar condições predisponentes – imunodeficiências ou doença subjacente, como a endocardite. A drenagem é ferramenta diagnóstica e terapêutica. O tratamento com antibioticoterapia prolongada é alternativa, ainda pouco estudada em relação aos fatores de pior desfecho. **Conclusão** • Embora o abscesso hepático seja causa infrequente de febre de origem desconhecida, este deve ser suspeitado por apresentar grande morbimortalidade sem a intervenção clínico/cirúrgica adequada.

P-120

## Relato de caso: cisto de colédoco

Paula Andrade e Silva,<sup>1</sup> Tiziana Andrade da Costa,<sup>1</sup> Ana Paula Bordallo,<sup>1</sup> Amanda Donner Maliki,<sup>1</sup> Bernarda Ferreira,<sup>1</sup> Aline Abreu,<sup>1</sup> Sylvio Monteiro Filho,<sup>1</sup> Patricia Mortimer Ferraz,<sup>1</sup> Franciscarla Landi Damartini,<sup>1</sup> Ana Lúcia Munhoz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Federal da Lagoa

**Introdução** • O cisto de colédoco é uma patologia gerada por uma anormalidade das vias biliares intra e/ou extra-hepáticas. A icterícia é o principal achado clínico em pacientes pediátricos e deve assim direcionar para um diagnóstico e tratamento precoce em doenças na via biliar. **Descrição do caso** • Paciente de 4 meses, com história de massa abdominal palpável e icterícia há duas semanas, além de episódios de acolia. Paciente apresentava-se hipocorada 3+/4+, com fígado palpável a 4 cm de rebordo costal direito, baço palpável a 2 cm de rebordo costal esquerdo. Apresentava também hiperbilirrubinemia, aumento de fosfatase alcalina, de gama-GT, de transaminases hepáticas e coagulograma incoagulável. Ultrassonografia abdominal evidenciou vesícula biliar distendida sem cálculos e colédoco acentuadamente dilatado de aspecto cístico, medindo cerca de 8,4 × 5,6 × 5,9 cm, comunicando com vias biliares intra-hepáticas, que também se apresentavam dilatadas. Após o diagnóstico de cisto de colédoco, foi realizada exérese do cisto, colecistectomia, anastomose hepatojejunal em Y de Roux, biópsia hepática e drenagem de cavidade com Penrose. A paciente evoluiu satisfatoriamente no pós-operatório, recebendo alta em seio materno exclusivo e exames laboratoriais dentro da faixa de normalidade. **Discussão** • O cisto de colédoco é uma patologia típica de pacientes pediátricos e com baixa prevalência na população. A tríade clássica é formada por icterícia, dor abdominal e massa abdominal palpável. No caso em questão, além das alterações típicas da patologia, havia ainda alterações do coagulograma, devido à compressão do parênquima hepático, gerando um acometimento de suas funções. A investigação diagnóstica e tratamento precoce são fundamentais para evitar o maior comprometimento hepático e a progressão da doença. A ultrassonografia abdominal é um excelente método para um diagnóstico rápido, com baixo custo e morbidade. **Conclusão** • O cisto de colédoco é uma patologia relativamente rara na prática clínica e o diagnóstico fica ainda mais difícil ao pensarmos que essa patologia não é a primeira hipótese em paciente pediátrico com dor abdominal e icterícia. É importante ressaltar que a icterícia é o principal achado clínico e deve ser sempre um sinal de alerta para patologias das vias biliares.

P-124

## Litíase biliar assintomática como achado acidental

Marianna Afonso Costa,<sup>1</sup> Silvia Anderson Cruz,<sup>1</sup> Andressa Arruda Gandra,<sup>1</sup> Leticia Gomes de Oliveira Valentin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Medicina de Petrópolis

**Introdução** • A colelitíase é considerada rara na infância, mas nos últimos anos ocorreu um aumento na sua incidência em razão do uso da USG abdominal no período neonatal. Sabe-se que, na infância, a litíase biliar está associada a alguns fatores predisponentes, como: doenças hemolíticas, malformação congênita das vias biliares, prematuridade, introdução tardia da dieta, uso prolongado de NPT, uso de furosemida, sepse, desidratação, fototerapia, síndrome de Down, fibrose cística, broncodisplasia pulmonar, enterocolite necrotizante, TORCHS e antibiotico-terapia. **Descrição do caso** • RN masculino, nascido de parto cesáreo por centralização fetal, prematuro tardio, Apgar 2/7, peso: 2.120 g, foi encaminhado à UTI neonatal devido à hipotonia e hipoglicemia. Evoluiu com desconforto respiratório, necessitando de IOT e iniciado ampicilina e gentamicina por sepse presumida. No 4º dia de vida foi introduzida dieta enteral, sem aceitação. O esquema antibiótico foi substituído e a dieta zerada. No 6º dia de vida foi reintroduzida, agora com boa aceitação. Durante a realização de exames de rotina da UTI, realizou USG abdominal que evidenciou presença de vários cálculos móveis no interior da vesícula biliar, medindo em média 3 mm. Após alta, com 21 dias, em seio materno e complementação com fórmula infantil, manteve acompanhamento com gastropediatra e aos 6 meses realizou nova USG abdominal de controle, sem visualização de cálculos em seu interior. **Discussão** • A maioria dos casos descritos na literatura são diagnósticos acidentais ou relacionados a fatores de risco. A USG abdominal tem aumentado muito o diagnóstico de litíase biliar no recém-nascido e no lactente por meio de achado acidental. Nessa faixa etária, a colelitíase geralmente é assintomática, mas, nos lactentes, quando sintomática, manifesta-se mais frequentemente através da icterícia. O acompanhamento clínico se faz necessário, pois, caso não ocorra a resolução espontânea, que geralmente se dá dentro dos primeiros 6 meses de vida, deverá ser acompanhado a longo prazo. A cirurgia está indicada nos casos sintomáticos. **Conclusão** • De acordo com os achados da literatura, pode-se observar que o caso relatado apresentava fatores de risco para colelitíase, mas o diagnóstico se deu de forma acidental e o paciente era assintomático. Vale ressaltar a necessidade do acompanhamento a fim de avaliar os casos cirúrgicos.

P-127

## Acalasia idiopática na infância: relato de caso

Saulo Tinoco,<sup>1</sup> Thyara Boechat,<sup>1</sup> Elisa Carvalhal,<sup>1</sup> Mariana Mello,<sup>1</sup> Nayra Mazolli,<sup>1</sup> Juliana Medeiros,<sup>1</sup> Fernanda Vianna,<sup>1</sup> Carlos Crismatt,<sup>1</sup> Danielle Bulkool<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal Fluminense

**Introdução** • Acalasia idiopática é uma desordem motora do esôfago, de origem primária, caracterizada por relaxamento incompleto ou ausente do esfíncter esofágico inferior, associada à peristalse anômala do corpo esofágico. A definição de idiopática é um diagnóstico de exclusão, sendo importante descartar doenças como refluxo gastroesofágico, doença de Chagas, distúrbios psicológicos. **Descrição do caso** • Escolar, sexo masculino, 10 anos, iniciou há seis meses desconforto precordial após as refeições, referido como sensação de “entalo”, com necessidade de manter postura ereta do tronco para obter alívio. Após duas semanas, iniciou vômitos após almoço e jantar, diários, não precedidos por náusea, de conteúdo esbranquiçado, espesso, com resíduo alimentar. Realizou endoscopia digestiva alta cujos achados foram calibre esofágico aumentado, mucosa sem alterações e resistência à passagem do endoscópio pelo hiato. A biópsia de cárdia/duodeno não revelou alterações. Prosseguiu com seriografia contrastada (SEED), que apontou trânsito esofágico lentificado e redução do calibre esofágico distal com dilatação à montante. No período de três meses apresentou perda ponderal de 11 kg. Manometria com identificação de aumento da pressão média em repouso do EEI, e relaxamento do EEI ausente em 64. PAINEL sorológico com resultado negativo para *Trypanosoma cruzi*. Foi aplicada toxina botulínica, com pouca melhora. Após dois meses, realizada miotomia à Heller laparoscópica e funduplicatura parcial com melhora importante dos sintomas. **Discussão** • O caso traz um paciente cujas manifestações se iniciaram aos 10 anos, idade compatível com a média descrita (cerca de 8,8 anos), porém, com evolução mais rápida que o usual. O diagnóstico foi dado pela esofagomanometria, exame padrão-ouro para diagnóstico da acalasia. Ficou definido como idiopática, pois causas secundárias foram excluídas. É uma patologia rara, sem cura, de curso crônico, cujas intervenções terapêuticas, cirúrgicas ou farmacológicas limitam-se a aliviar os sintomas. **Conclusão** • Pelo seu potencial de complicações graves, visando à minimização de danos, sua hipótese diagnóstica deve ser considerada pelo pediatra geral. **Agradecimentos** • Pediatria HUAP.

## P-130

## Dor abdominal crônica em crianças e adolescentes: quanto estivemos consultando em gastroenterologia pediátrica?

Rafaella Karen Sousa Monterlei,<sup>1</sup> Andrea Souza Hachem,<sup>1</sup> Luiza Tavares Carneiro Santiago,<sup>1</sup> Gabriela Nascimento Hercos,<sup>1</sup> Juliana Tedesco Dias,<sup>1</sup> Debora Avelaneda Penatti,<sup>1</sup> Mary de Assis Carvalho,<sup>1</sup> Nilton Carlos Machado<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade Estadual Paulista

**Introdução** • O percentual de consultas por dor abdominal crônica (DAC) relatado na literatura é de 25, gerando grande demanda para consultas. Em nosso serviço, não sabemos quanto ocorreu em aumento absoluto ou percentual de consultas por DAC. **Objetivo** • Avaliar a carga de trabalho do atendimento de DAC em três décadas: período A (1992-1995), período B (2002-2005) e período C (2012-2015). **Método** • Estudo retrospectivo de atendimentos registrados em banco de dados da clínica-gastroenterologia pediátrica. Dados apresentados como número e proporção. Foram analisados por período: 1) número total de consultas; 2) número de ambulatórios; 3) número de consultas por DAC; 4) número de consultas/ambulatorio; 5) número de consultas por DAC/ambulatorio; 6) percentagem de consultas por DAC. **Resultados** • Período A: 176 ambulatórios com 3.092 consultas, sendo 838 por DAC. O número de consultas/ambulatorio foi 17,4, sendo 4,7 consultas por DAC/ambulatorio, correspondendo a 27,1 por DAC. Período B: 347 ambulatórios com 8.751 consultas, sendo 1.919 por DAC. O número de consultas/ambulatorio foi 25,1, sendo 5,2 consultas por DAC/ambulatorio, correspondendo a 21,9 por DAC. Período C: 349 ambulatórios com 11.618 consultas, sendo 2.404 por DAC. O número de consultas/ambulatorio foi 33,3, sendo 6,8 consultas por DAC/ambulatorio, correspondendo a 20,7 por DAC. Ocorreu aumento: no número de ambulatórios (1,9 vezes do período A/B e estabilização de B/C); no número absoluto de consultas (2,8 vezes do período A/B, 1,3 vezes de B/C); e no número de consultas por DAC (1,6 vezes do período A/B, 1,3 vezes de B/C). O percentual de consultas por DAC foi estável nos períodos avaliados (20-27). **Conclusão** • Houve aumento na proporção de consultas por DAC/ambulatorio. Observou-se, aumento na demanda para o atendimento de DAC. Essas informações são importantes para o planejamento das atividades: assistencial, ensino (treinamento para a aquisição de competências em DAC) e pesquisa clínica. **Agradecimentos** • Ao Dr. Nilton, à Dra. Mary, à Luiza e à Andrea.

## P-131

## Bezoar gástrico em paciente com transtorno do espectro autista – Relato de caso

Carla Monique Silva Magalhães,<sup>1</sup> Gabriela Bastos Duran,<sup>1</sup> Raquel Simbalista de Queiroz,<sup>1</sup> Milena Rios Santos Reis<sup>1</sup>

<sup>1</sup> União Metropolitana de Educação e Cultura

**Introdução** • O termo bezoar se refere ao acúmulo de substâncias não digeríveis em qualquer porção do tubo digestivo, principalmente estômago. Além dos fatores de risco conhecidos podemos destacar os distúrbios psiquiátricos como potenciais causadores de bezoares gástricos. **Objetivo** • Descrever um caso de bezoar gástrico em uma paciente com transtorno do espectro autista (TEA). **Descrição do caso** • Paciente, 1 ano e 7 meses, sexo feminino, com diagnóstico prévio de TEA levada pela genitora ao serviço de emergência com queixa de vômitos e ausência de evacuações há 24 horas, evoluindo com aumento da temperatura axilar (37,6 °C). Refere que os vômitos apresentavam material tipo esponja e algodão de fralda em grande quantidade e presença de sangue no último episódio. Genitora refere que a menor tinha hábito de colocar esses materiais na boca e degluti-los. Ausência de alterações no exame físico e nos exames laboratoriais. Foi realizada endoscopia digestiva alta (EDA) que revelou bezoar em estômago e obstrução na porção duodenal, sendo feita a retirada do material sob sedação e sem intercorrências. **Discussão** • De acordo com a literatura, ser portador de um distúrbio psiquiátrico é um fator de risco para bezoar, embora sejam raros os relatos de casos com essa associação. O quadro clínico é compatível com os achados na literatura. Tratando-se de um caso de obstrução no tubo digestivo, é comum a presença de vômitos como uma das principais queixas relatadas. Porém, um achado comum em pacientes com bezoar é a presença de massa palpável em abdome, o que não foi detectado na paciente em questão. O método diagnóstico de escolha foi a EDA, que é capaz de determinar a natureza do bezoar, diferentemente da ultrassonografia de abdome total e da radiografia contrastada de abdome. Além disso, é também um método terapêutico para retirada do bezoar e foi utilizado nesse caso. **Conclusão** • Podemos concluir que a paciente em questão possui um fator de risco importante para formação de bezoar. Destaca-se a importância de métodos diagnósticos e terapêuticos individualizados e, nesse caso, a urgência de um acompanhamento com uma equipe multidisciplinar para a prevenção de recorrências.

P-139

## Esofagite eosinofílica: quando suspeitar?

Luis Augusto Schirr,<sup>1</sup> Priscilla Filippo,<sup>2</sup> Davisson Tavares,<sup>2</sup> Adriana Motta,<sup>2</sup> Francisco Alves de Araújo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Prontobaby – Hospital da Criança

<sup>2</sup>Hospital Municipal Jesus

**Introdução** • A esofagite eosinofílica é uma doença crônica, recidivante, caracterizada pela infiltração de eosinófilos na mucosa do esôfago. Os sintomas são variáveis de acordo com a faixa etária e pode estar associada a alergia alimentar. **Descrição dos casos** • Caso 1: N. D., 9 anos, feminino, apresentou vômitos e irritabilidade aos 6 meses após introdução do leite de vaca (LV). IgE específica para leite de vaca e proteínas elevadas, IgE soja, gema e clara de ovo negativas. Fez uso de ranitidina até os 3 anos. Endoscopia digestiva alta com biópsia: esofagite eosinofílica. Suspenso LV e iniciado furoato de fluticasona 250 mcg deglutido, 1x ao dia. Evoluiu com rinite alérgica e asma. Aos 9 anos suspensa medicação e mantida dieta isenta de LV com controle dos sintomas gastrointestinais. Caso 2: E. A. R., 7 anos, masculino, apresentou vômitos, perda ponderal, dor e distensão abdominal após introdução alimentar aos 7 meses. IgE específica elevada para LV, clara, gema, soja. Realizada dieta de exclusão com melhora dos sintomas. Após tentativa de reintrodução alimentar aos 5 anos retornaram os sintomas. Aos 5 anos realizada EDA com biópsia: esofagite eosinofílica. Iniciado furoato de fluticasona 50 mcg deglutido e dieta de exclusão de LV com controle dos sintomas. Caso 3: M. S., 17 anos masculino, apresentou irritabilidade, dor abdominal, perda ponderal, regurgitação aos 7 meses após introdução de LV. Fez tratamento com ranitidina e domperidona até 5 anos. Após reintrodução do LV, apresentou urticária e sintomas gastrointestinais. Aos 7 anos apresentou impactação ao ingerir alimentos sólidos, realizou EDA com biópsia: esofagite eosinofílica. Iniciado furoato de fluticasona 250 mcg deglutido 1x/dia e omeprazol com controle dos sintomas. Atualmente com dieta isenta de LV e sem medicações com controle dos sintomas. **Discussão** • Todos os casos relatados foram tratados inicialmente como doença do refluxo gastroesofágico e apresentaram associação com alergia alimentar. Após diagnóstico com EDA e biópsia, dieta de exclusão e início de tratamento adequado, os sintomas foram controlados. **Conclusão** • Em pacientes pediátricos com sintomas sugestivos de RGE e suspeita de alergia alimentar, devemos investigar esofagite eosinofílica para o diagnóstico precoce, instituição do tratamento adequado e melhora da qualidade de vida do paciente e de sua família.

P-145

## Relato de caso: linfangiectasia intestinal

Leonardo Jabour Ferreira,<sup>1</sup> Anna Letícia de Cerqueira Campos Villardi,<sup>1</sup> Juliana Bortoluzzi dos Santos,<sup>1</sup> Marianna Amin Aad Reis,<sup>1</sup> Cristiane Harumi Bazhuni Tsuge,<sup>1</sup> Bruno Pereira Ribeiro da Rocha,<sup>1,2</sup> Aline Campos Dias,<sup>1</sup> Renata Quintella Zamolyi,<sup>1</sup> Verônica Santos de Oliveira,<sup>1,2</sup> Giuseppe Maria Santalucia<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Federal de Bonsucesso

<sup>2</sup>Hospital Municipal Jesus

**Introdução** • Linfangiectasia intestinal é uma condição rara que afeta igualmente ambos os sexos, geralmente ocorrendo diagnóstico até 3 anos de vida. É uma enteropatia perdedora de proteína (EPP) caracterizada por alterações dos vasos linfáticos da parede intestinal, de origem congênita ou adquirida, podendo ser linfangiectasia intestinal primária (LIP) ou secundária. **Descrição** • K. C. C., 4 anos, feminina, carioca, admitida com anasarca há dois dias e diarreia líquida persistente. História prévia de febre, vômitos, diarreia e edema gradativo. Apresentava *deficit* de albumina (1,1 g/dl), gamaglobulina, cálcio, magnésio e linfócitos. Descartada perda proteica renal através de proteinúria de 24h, e desnutrição (peso no p50, estatura no p15). Com a possibilidade de EPP, foi realizada endoscopia digestiva alta (EDA), observando pontilhados esbranquiçados no duodeno e na biópsia vasos linfáticos ectasiados, preenchidos por vacúolos de gordura. Após exames laboratoriais, TC abdominal e ECO, diagnosticou-se provável LIP. Iniciada dieta hiperproteica, sem gordura, com triglicérides de cadeia média (TCM), ácidos graxos essenciais e vitaminas lipossolúveis. Alta com melhora da albumina sérica e edema. No seguimento, houve quatro recaídas, por má adesão dietética ou infecção adquirida. **Discussão** • Na LIP ocorre dilatação dos vasos linfáticos entéricos, cursando com hipoalbuminemia, hipogamaglobulinemia, linfopenia e má absorção de nutrientes. O quadro típico é de edemas em membros inferiores, ascite, diarreia, desnutrição e *deficit* ponderoestatural, sendo que os dois últimos não estavam presentes no caso, apesar da queda dos níveis de cálcio e magnésio, fato não usual. O diagnóstico é baseado na história clínica, endoscopia com biópsia e imagem intestinal. A TC abdominal e o trânsito intestinal evidenciaram espessamento difuso da parede intestinal do delgado e cólon. Na EDA, encontramos mucosa duodenal edemaciada e padrão em “flocos de neve” – sinal patognomônico, com histopatológico característico: glóbulos gordurosos intralinfáticos com ectasia linfática na lâmina própria e submucosa. O tratamento instituído é unânime na literatura: dieta hipolipídica enriquecida com TCM, ácidos graxos essenciais e vitaminas lipossolúveis. Houve boa resposta ao tratamento. Recaídas ocorreram em vigência de má adesão dietética ocasional ou infecção adquirida. **Conclusão** • Apesar de ser doença rara, LIP faz parte do diagnóstico diferencial das EPP. Em nosso caso, chamou a atenção a apresentação em anasarca. **Agradecimentos** • Ao Serviço de Gastroenterologia Pediátrica do HFB e do HMJ.

P-149

## Deficiência de alfa-1 antitripsina em lactente – Relato de caso

Luciana Garcia Martins,<sup>1</sup> Lucianni Cruz Souza,<sup>1</sup> Caroline Nolasco de Melo,<sup>1</sup> Flávia Fernandes Santos<sup>1</sup><sup>1</sup>Hospital das Clínicas de Rio Branco

**Introdução** • A deficiência de alfa-1 antitripsina é um distúrbio genético no gene SERPINA1, de herança autossômica codominante, frequente no alelo Z. Grande parte é sintetizada no fígado, agindo como antiprotease, manifestando-se através do acúmulo ou redução dos níveis séricos, determinando assim doença hepática ou pulmonar. O diagnóstico da forma hepática é feito através do encontro de níveis séricos reduzidos concomitantemente com um fenótipo sabidamente relacionado à doença. Apenas 10 a 15% dos acometidos desenvolvem doença hepática, representando a principal causa genética de hepatopatia com necessidade de transplante hepático e com tratamento substitutivo na infusão intravenosa periódica de concentrados da proteína purificados. **Descrição do caso** • I. T. V., 9 meses, nascida de parto cesáreo, sem intercorrências, Apgar 8/9, G2P2A0, pré-natal realizado adequadamente, calendário vacinal atualizado, permaneceu em aleitamento materno até 6 meses. Nega história familiar de patologias e consanguinidades. Aos 2 meses de idade apresentou distensão abdominal, procurou atendimento aos 5 meses de idade, em Rondônia, quando foram evidenciadas alterações em enzimas hepáticas e USG-ABD revelou hepatoesplenomegalia, concomitante a ascite e hipertensão porta. As sorologias estavam dentro da normalidade, tendo recebido alta após um mês para acompanhamento, com melhora do quadro. Aos 8 meses de idade evoluiu com piora da distensão abdominal (perímetro abdominal = 51 cm), abdome globoso, ascítico, além de circulação colateral, com hepatoesplenomegalia (10 cm do RCD), associada a quadro de desnutrição e limitação de movimentos. Procurou atendimento no Hospital da Criança em Rio Branco – AC há um mês, com piora, dos sintomas, permanecendo com alteração em enzimas hepáticas, tendo sido diagnosticada com deficiência de alfa-1 antitripsina através do fenótipo. Atualmente permanece internada com melhora apenas com modificações na dieta e cuidados paliativos. Aguarda TFD para possível transplante hepático. **Discussão** • A patologia acomete 1 a cada 2.000-3.000 nascidos vivos. Não existem dados epidemiológicos brasileiros a respeito da prevalência ou da frequência dos alelos deficientes. Em 80% dos pacientes são identificados através de sintomas respiratórios e em 3% aos achados de doença hepática, apresentando boa evolução em 50% dos casos. A deficiência de alfa-1 antitripsina está entre as doenças que precisam ser excluídas frente à colestase neonatal. O subdiagnóstico tem sido uma importante limitação para o estudo e tratamento adequado, pois associa-se a acometimento extra e intra-hepático com ausência de manifestações clínicas que indiquem o seu diagnóstico.

P-184

## APL (alergia à proteína do leite) complicada na pediatria: análise de caso sob a ótica do generalista

Luzia Poliana Anjos,<sup>1</sup> Carla Monique Silva Magalhaes,<sup>1</sup> Gabriela Bastos Duran<sup>1</sup><sup>1</sup>União Metropolitana de Educação e Cultura

**Introdução** • A alergia à proteína do leite (APL) tem apresentado alta incidência nos consultórios de pediatria geral na última década. Fatores relacionados a alimentação materna, genética e atopia alérgica dos pais são considerados variáveis constantes para o chamado *boom* das APLs. **Objetivo** • Analisar um caso complicado de APL e sua dificuldade diagnóstica na visão do generalista. **Descrição do caso** • Lactente, sexo masculino, acompanhado regularmente pela pediatra geral, do nascimento aos 18 meses, com grande dificuldade de ganho de peso, dermatite atópica, com vários episódios de diarreia e vômitos, baixa imunidade e dificuldade de conclusão diagnóstica, especialmente na diferenciação entre a possibilidade de APL associada a alergia alimentar múltipla e a diferenciação desta com a doença celíaca pelo pediatra generalista. **Discussão** • Observou-se no caso que o baixo ganho ponderal (9 kg com 18 meses) e as lesões de pele associadas a episódios de ingestão de frutas coloridas, mesmo em uso de fórmula de aminoácidos, sugeriu fortemente o diagnóstico de alergia alimentar múltipla e APL, entretanto o pediatra generalista não se sentiu seguro para solicitar biópsia de intestino, realizar teste terapêutico, nem ressonância de sela túrcica para elucidar outras hipóteses diagnósticas (como doença celíaca e tumores do SNC, que poderiam contribuir para o quadro de baixo ganho ponderal). Observou-se a grande lacuna diagnóstica que existe em patologias com variáveis comuns e a necessidade de educação médica continuada para atualização e passar segurança para os pais e pacientes, pois apesar de ser objeto de cuidado da pediatria geral, a grande maioria repassa os pacientes APLs para a subespecialidade no caso, a gastropediatria. **Conclusão** • Faz-se necessário investimento desde a formação médica para que as alergias alimentares na infância sejam parte integrante do currículo e não passem despercebidas, gerando certeza diagnóstica e boa condução terapêutica.



P-191

## A gastrostomia como recurso para disfagia em criança neuropata: estudo de caso

Paula Santos Brandão,<sup>1</sup> Sergio de Souza Marques Júnior,<sup>1</sup> Isabelle Robaina Gloria,<sup>1</sup> André Silva Guimarães Moeda,<sup>1</sup> Amaro Ronaldo Inácio Filho,<sup>2</sup> Luciano Rodrigues Costa,<sup>1</sup> Stefanie Maria Moura Peloggia,<sup>1</sup> Gleicy Hellen da Silva Rocha,<sup>1</sup> Livia Cortizo Reis,<sup>1</sup> Alexia Lacerda Soares<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Universitário de Volta Redonda

<sup>2</sup>Hospital Municipal Munir Rafful

**Introdução** • A gastrostomia (GTT) é um método alternativo de alimentação de longo prazo, indicada em casos em que não há obstrução intestinal, mas, por algum motivo, mecânico e/ou neurológico, o indivíduo está impedido de alimentar-se por via oral. **Objetivo** • O objetivo do estudo é conhecer os critérios clínicos que indicam a instalação da GTT, seu manejo em pacientes pediátricos assim como os critérios para sua retirada. **Descrição do caso** • Utilizando como base o relato de caso de uma criança de 8 anos, neuropata, com hidrocefalia e derivação ventrículo-peritoneal, internado no HMMR – Volta Redonda para antibioticoterapia devido à suspeita de infecção na GTT, instalada por quadro de disfagia após intubação prolongada, por consequência de obstrução da derivação ventrículo-abdominal (DVA), com necessidade de troca da derivação. O relato é justificado pela relevância não só do manejo adequado da GTT, mas também para proporcionar conhecimento sobre sua aplicabilidade em pacientes neuropatas. **Método** • Técnica analítica descritiva, utilizando como base a análise do prontuário do paciente, exames diagnósticos e relatos de sua mãe. Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com fundamentação teórica embasada em livros e artigos científicos. **Discussão** • O artigo corrobora que, apesar das contraindicações, o custo-benefício do procedimento o leva a ser feito com frequência em pacientes neuropatas, mesmo com risco relativo, por ser a disfagia um distúrbio frequente nesses pacientes. O estudo reforça a importância do manejo multidisciplinar do paciente com GTT, principalmente com assistência fonoaudiológica, buscando a reversão do quadro disfágico, ou a melhoria da qualidade de vida da criança sem grandes possibilidades de reversão. Finalmente, além da necessidade da avaliação do custo-benefício e da assistência multidisciplinar, é de suma importância orientar os cuidadores que grande parte do tratamento consiste na boa higiene e no manejo correto da sonda, haja vista que mesmo com a capacidade da mãe em demonstrar ótimo conhecimento acerca dos cuidados necessários com a GTT, a criança apresentou infecção no óstio da gastrostomia. **Agradecimentos** • À Liga Acadêmica de Pediatria de Volta Redonda e à equipe médica pediátrica do Hospital Municipal Munir Rafful de Volta Redonda.