PD_21
A IMPORTÂNCIA DO EXAME FÍSICO COMPLETO NA CRIANÇA!

Benedita Bianchi de Aguiar[1], Teresa Oliveira[1], Sónia Aires[1], Lúcia Gomes[1], Miguel Costa[1]
[1] Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

Introdução: Ao longo da evolução da medicina tem sido constante a importância da realização de um exame físico completo e regular aquando da avaliação de uma criança, assim como a sua comparação com os padrões de crescimento estabelecidos como normais.

Caso Clínico: Adolescente de 13 anos, sexo masculino, encaminhado para a consulta externa de Nutrição Pediátrica por obesidade (Peso 96.8Kg, Altura 186cm). Aquando da avaliação durante a primeira consulta foi detetado um atraso no desenvolvimento gonadal, com volume testicular de 5mm^3.

Perante o atraso pubertário apresentado foi encaminhado para a consulta externa de Pediatria/Endocrinologia, tendo sido realizado estudo analítico e posteriormente estudo genético, tendo sido efetuado o diagnóstico de Síndrome de Klinefelter.

Comentários: A exposição desde caso clinico pretende realçar a importância da realização do exame físico completo e em particular a deteção precoce de um síndrome como o de Klinefelter, antecipando possíveis atrasos a nível da fala e comportamentais assim como possibilitar acesso a terapêutica hormonal de subsitiuição atempada.

PD_22
PÚRPURA DE HENOCH-SCHONLEIN – O ENVOLVIMENTO RENAL PRECOCE

Inês Medeiros[1], Carmo Ferreira[1], Fábia Carvalho[1], Catarina Faria[1], Manuela Alves[1], Helena Silva[1]
[1] Serviço de Pediatria do Hospital de Braga

Introdução: A Púrpura de Henoch-Schonlein (PHS) é a vasculite sistémica mais comum em idade pediátrica, caracterizada pela tétrade clássica de púrpura palpável (sem trombocitopenia ou coagulopatia), dor abdominal, atingimento articular e renal. O envolvimento renal surge geralmente nos primeiros dois meses após o aparecimento da púrpura, sendo o principal determinante prognóstico a longo prazo.

Caso Clínico: Criança do sexo feminino, previamente saudável, com diagnóstico de PHS aos 9 anos.

Quadro inicial caracterizado por rash purpúrico e artralgias, sem atingimento renal, após episódio de nasofaringite febril. No terceiro dia de doença iniciou dor abdominal e no sétimo dia apresentou hemoproteinúria transitória, que progrediu para valores nefróticos (2.58g/24h – 136mg/m2/h), com evolução para síndrome nefrótica (hipoalbuminemia, dislipidémia e proteinúria nefrótica) no décimo quinto dia de doença. Sem atingimento da função renal e sem hipertensão arterial. Do estudo etiológico efetuado, imunologia com ANA e Anti-DsDNA negativos, complementos e doseamento de imunoglobulinas normais; ecografia renal sem alterações.

Iniciou corticoterapia em regime de internamento, com reversão parcial da proteinúria, pelo que se optou pela continuação de terapêutica em ambulatório. Durante a redução do corticoide e em associação com abcesso dentário, verificou-se aparecimento de hematúria macroscópica e recidiva de síndrome nefrótica, com necessidade de aumento da dose de corticoterapia. Biópsia renal com depósitos mesangio-proliferativos compatíveis com nefropatia de IgA/PHS.

Comentários: O caso descrito ilustra um acometimento renal precoce e pouco frequente na PHS, de acordo com o descrito na literatura.

A presença de proteinúria nefrótica e de síndrome nefrótica, secundárias à PHS, está associada a um prognóstico menos favorável, pelo que se ressalva a importância do seguimento a longo prazo.