

CO-5

TRANSPLANTAÇÃO RENAL EM IDADE PEDIÁTRICA – EXPERIÊNCIA DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

João Nascimento¹; Catarina Mendes¹; Liliana Oliveira²; Teresa Costa²; Maria Sameiro Faria²; Paula Matos²; Conceição Mota^{2,3}; A Castro Henriques³

¹ Serviço de Pediatria Médica do Centro Hospitalar do Porto

² Serviço de Nefrologia Pediátrica do Centro Hospitalar do Porto

³ Serviço de Nefrologia / Unidade de Transplante Renal do Centro Hospitalar do Porto

Introdução: O transplante representa a terapêutica de substituição renal de eleição conferindo aos doentes com insuficiência renal crónica terminal (IRCT) em idade pediátrica, benefícios consideráveis que incluem uma melhoria do crescimento e uma mais longa e melhor qualidade de vida. Objetivo: Estudo retrospectivo sobre a experiência em transplantação renal (TR) em idade pediátrica (<18 anos) do Centro Hospitalar do Porto (CHP).

Métodos: Análise estatística dos dados epidemiológicos e clínicos dos doentes transplantados em idade pediátrica desde Janeiro de 1984 a Agosto de 2014.

Calculou-se a sobrevida do enxerto renal não censurada para a morte e a sobrevida do doente no total da amostra. Apreciou-se a evolução temporal da atividade de transplantação analisando as curvas de sobrevida do enxerto por décadas. Foi comparada a sobrevida do enxerto nas crianças vs nos adolescentes (< 11 e ≥ 11 anos à data do TR). A sobrevida foi analisada pelo método de Kaplan-Meier e a comparação entre os grupos pelo Log rank test.

Resultados: Foram efetuados 147 TR em 139 doentes (58.3% ♂). Dez (6.8%) TR foram de dador vivo. As anomalias congénitas do rim e trato urinário (CAKUT) representaram 56.5% dos casos de IRCT nesta população. A idade mediana dos doentes no momento da cirurgia foi de 13 anos (mín 2.8 anos e máx 17.9 anos). A idade mediana dos dadores idade mediana dos dadores foi de 17 anos (mín 1.5anos e máx 58 anos). O tempo médio de internamento após TR foi de 17 dias, tendo o tempo médio de seguimento sido de 9.7 anos. A sobrevida do enxerto não censurada aos 5, 10, 15 e 20 anos foi respectivamente 84.7%, 71.1%, 60.0% e 51%. A sobrevida do doente aos 5, 10, 15 e 20 anos foi respectivamente 97.9%, 95.9%, 94.7% e 94.7%. O tempo de sobrevida do enxerto não foi significativamente diferente nas crianças e nos adolescentes à data do TR (p=0.697). A diferença de sobrevida do enxerto renal por décadas foi estatisticamente significativa (p=0.004).

Conclusão: Os resultados do TR são encorajadores e comparáveis a outros centros de referência, tendo-se verificado uma melhoria da sobrevida ao longo das décadas.

CO-6

TUBERCULOSE NA CRIANÇA – DOIS CASOS POUCO COMUNS

Clara Preto¹; Joana Vicente²; Rita Magano³; Mário Quade⁴; Fatumata Diallo⁴; Alice Ferreira⁴

¹ Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro

² ULS do Nordeste, Centro de Saúde de Macedo de Cavaleiros

³ Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

⁴ Hospital Geral de Cumura, Guiné-Bissau

A tuberculose (TB) é uma das principais causas de morte em todo o mundo. Apesar do preferencial atingimento pulmonar, em um 1/3 dos casos estão implicadas outras localizações.

Apresentamos dois casos de TB extra-pulmonar devido à sua baixa incidência e necessidade de alto índice de suspeita diagnóstica.

Criança de 6 anos de idade, sexo feminino, recorreu ao Hospital de Cumura (Guiné-Bissau) por tumefação dolorosa na coluna dorsal, com limitação funcional e tempo de evolução indeterminado. Apresentava cifose dorsal e fístula com drenagem de exsudado purulento na região lombar direita. Perante o quadro clínico iniciou de imediato tuberculostáticos.

Radiografia torácica sem alterações. Radiografia da coluna com destruição dos corpos vertebrais de D11 e D12 e cifoescoliose dorso-lombar dextro convexa. Feita análise de exsudado – PCR positiva para *M. tuberculosis complex*, isolamento em cultura da espécie *M.africanum*. Evolução favorável, mantendo contudo a cifoescoliose.

Criança de 10 anos, sexo masculino, recorreu ao Hospital de Cumura por aumento do volume abdominal, tosse e febre com um mês de evolução. Noção de perda ponderal com evolução de 3 meses. História de contacto com familiar com TB pulmonar. Ao exame objetivo: febril (40,5°C), murmúrio vesicular diminuído nos 2/3 inferiores do hemitórax esquerdo, abdómen globoso com sinal de onda líquida. Radiografia pulmonar com imagem de hipotransparência nos 2/3 inferiores do hemitórax esquerdo. Iniciou, de imediato, tratamento com tuberculostáticos, antibioterapia e corticoterapia. Análise do líquido ascítico – ADA 157 U/L,

PCR e cultura negativas para *M. tuberculosis*. Resolução progressiva do quadro. Após 6 meses de tratamento apresenta exame objetivo e radiografia pulmonar normal.

A TB óssea e peritoneal são duas formas raras de apresentação de TB correspondendo, respetivamente, a 10 e 30% da doença extra pulmonar. O diagnóstico deve basear-se num alto índice de suspeição clínica e no contexto epidemiológico, sendo que a sua precocidade permite reduzir os índices de morbimortalidade. Os exames auxiliares são importantes para a confirmação do diagnóstico, no entanto a obtenção do resultado não é determinante para o início do tratamento.

Nos casos descritos o diagnóstico presuntivo e decisão de tratamento precoce basearam-se na epidemiologia da TB na Guiné-Bissau, no entanto, mesmo nos países desenvolvidos, é necessário ter presente este diagnóstico, principalmente perante imigrantes de países endémicos.