

#### PM-14

##### LESÃO ÓSSEA LÍTICA – QUE DIAGNÓSTICO?

Mariana Matos Martins<sup>1</sup>; Joana Cardoso<sup>2</sup>; Lisete Lopes<sup>1</sup>; Helena Sá Couto<sup>1</sup>; Jorge Quelhas<sup>2</sup>; António Leite da Cunha<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Pediatria, Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos

<sup>2</sup> Serviço de Ortopedia, Hospital Pedro Hispano, UNIDADE Local de Saúde de Matosinhos

**Introdução:** As lesões ósseas líticas constituem um desafio dada a ampla variedade de causas possíveis e respectivo prognóstico. A faixa etária, localização da lesão e aparência imagiológica podem ser pistas para o diagnóstico mas, por vezes, apenas a biópsia óssea é capaz de o confirmar. Os autores apresentam o caso clínico de uma criança com lesão óssea lítica vertebral que revelou tratar-se de um granuloma eosinofílico. Esta doença faz parte do espectro da Histiocitose de células de Langerhans (HCL), anteriormente conhecida como histiocitose X.

**Caso clínico:** Criança de 10 anos, sexo masculino, antecedentes pessoais irrelevantes, evolução estatural no percentil 50. Quadro de dorso-lombalgia com 3 semanas de evolução agravada com ortostatismo, com posição preferencial em flexão do tronco, sem história de trauma ou outra sintomatologia associada. Ao exame objectivo: sem distorções à inspecção, dor à pressão da região dorso-lombar, exame neurológico sem alterações. Realizou TAC da coluna lombar que mostrou “exuberante lesão osteolítica no corpo de D12”. Estudo radiológico complementado por RM que confirmou presença de lesão expansiva nessa localização mas mantendo-se a morfologia/altura do corpo vertebral. Restante estudo complementar alargado incluindo estudo infeccioso inconclusivo pelo que efectuou biópsia percutânea transpedicular da vértebra afectada. Diagnóstico histológico de HCL.

**Discussão:** A HCL inclui um grupo de entidades raras com manifestações clínicas variáveis e de etiologia desconhecida. O granuloma eosinofílico constitui cerca de 60% de todos os casos de HCL podendo afectar o esqueleto de forma multi ou unifocal, atingindo mais frequentemente o crânio e os ossos longos. A apresentação unifocal tem o melhor prognóstico mas, a vigilância a longo prazo é essencial pois existe a possibilidade de aparecimento de novas lesões ósseas e mesmo conversão para uma forma sistémica.

Dados os possíveis diagnósticos diferenciais de prognóstico possivelmente mais agressivo e com diferentes tratamentos (sarcoma de Ewing, osteomielite, linfoma, doença metastática, quisto ósseo), o doente foi submetido a biópsia no sentido de estabelecer um diagnóstico definitivo. Até à data mantém um seguimento regular, sem défices neurológicos e com melhoria radiológica documentada.

#### PM-15

##### OBESIDADE PEDIÁTRICA: ATENÇÃO AO IMC BOM DEMAIS!...

Benedita Bianchi de Aguiar<sup>1</sup>; Andrea Rodrigues<sup>2</sup>; Elizabeth Marques<sup>3</sup>; Miguel Costa<sup>1</sup>; Lúcia Gomes<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga

<sup>2</sup> USF Egas Moniz, ACES Entre Douro e Vouga

<sup>3</sup> Serviço de Nutrição, Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

**Introdução:** A obesidade é a doença nutricional mais prevalente entre crianças e adolescentes, estimando-se que em Portugal uma em cada três crianças têm excesso de peso ou obesidade. O seguimento multidisciplinar destas crianças/adolescentes é essencial para o sucesso terapêutico, destacando-se a importância do acompanhamento posterior, em Consulta. O risco de voltar a engordar ou o aparecimento de alguma patologia que induza o emagrecimento são dois motivos que justificam o seguimento das crianças/adolescentes em consulta, após a normalização do IMC (Índice de Massa Corporal), como ilustram os dois casos clínicos apresentados pelos autores.

**Caso 1:** Adolescente de 15 anos, do sexo feminino, que foi orientada para a Consulta de Nutrição Pediátrica do CHEDV (Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga), por obesidade primária, aos 6 anos. Apesar da intervenção alimentar e comportamental, manteve ganho ponderal, com IMC máximo aos 13 anos. Desde então, iniciou quadro de emagrecimento, que manteve mesmo após a normalização do IMC. Aos 14 anos foi-lhe diagnosticada uma anorexia nervosa, encontrando-se atualmente em seguimento, com o apoio da Pedopsiquiatria e da Psicologia, com evolução favorável.

**Caso 2:** Adolescente de 13 anos, do sexo masculino, que foi orientado para a Consulta de Nutrição Pediátrica do CHEVD por excesso de peso, aos 12 anos. A sua evolução foi favorável, normalizando o IMC após um ano de seguimento. Nessa altura iniciou quadro de cólicas abdominais, emagrecimento e posteriormente retorragias. Realizou endoscopia digestiva baixa, tendo sido diagnosticado colite ulcerosa. Iniciou mesalazina e atualmente encontra-se clinicamente bem.

**Conclusão:** Apesar da normalização do IMC, os dois adolescentes continuaram a emagrecer, demonstrando-se a existência de patologia subjacente a esse emagrecimento. Estes casos vêm realçar a importância da manutenção da vigilância das crianças/adolescentes com obesidade ou excesso de peso em Consulta, após a sua aparente “cura”. Não nos devemos esquecer que a normalização do IMC pode ser “patológica”, devendo ser acompanhada e devidamente controlada pela equipa multidisciplinar.