

## PM-40

### UM BEBÉ ÀS MANCHAS

Célia Silva<sup>1</sup>; Carlos Pedro Mendes<sup>2</sup>

<sup>1</sup> USF Famílias, ACES Entre Douro e Vouga I

<sup>2</sup> USF Salvador Machado, ACES Entre Douro e Vouga II

**Introdução:** A mancha mongólica, também conhecida por melanocitose dérmica congénita, trata-se de uma macula congénita de coloração azul-acinzentada, com forma e tamanho variável, resultante de uma anormal migração dos melanócitos, que se agregam na derme. A localização habitual é na região sacrococcígea, contudo pode ter localizações atípicas como o dorso e mais raramente os membros. Surge apenas em cerca de 10% dos recém-nascidos caucasianos mas pode atingir cerca de 80% dos negros e asiáticos.

**Caso clínico:** Lactente do sexo masculino, gravidez vigiada sem intercorrências, mãe de 28 anos G1P0 e pai de 28 anos, ambos saudáveis e sem história de consanguinidade; parto por cesariana às 37 semanas após rotura de membranas por indicação ortopédica da mãe. O Apgar foi de 9 e 10, respetivamente ao primeiro e quinto minuto. O peso de nascimento foi de 2850g e 46 cm, tendo o período neonatal decorrido sem intercorrências.

Ao exame objectivo da pele apresentava mancha mongólica a ocupar toda a região lombo-sagrada e nos membros inferiores várias manchas de coloração sobreponível à mancha referida de diferentes tamanhos (entre 1 a 3 cm) e localizações, bem como no dorso da mão direita (cerca de 1 cm). A coloração das diferentes manchas era semelhante, apresentando-se macular sem qualquer textura aberrante da pele.

O restante exame objectivo afigurou-se normal, nomeadamente ao exame neurológico e dermatológico.

Nas consultas de rotina subsequentes, verificou-se um crescimento das manchas consentâneo com o crescimento do lactente, agora com 5 meses, e um bom desenvolvimento estatoponderal e psicomotor.

**Discussão:** O conhecimento das variantes do normal é fundamental na prática clínica do Médico de Família, nomeadamente na consulta de saúde infantil. Esta coloração atípica da pele surge com relativa frequência na nossa população e apesar de não causar estranheza na localização habitual, ao surgir em locais atípicos pode alertar para outro tipo de patologias associadas, bem como se não for vista logo ao nascimento alertar para maus-tratos. Assim, o seguimento e acompanhamento da evolução da criança torna-se fundamental para a avaliação da evolução desta pigmentação, que habitualmente regride na primeira infância, podendo persistir até à idade adulta, sobretudo se for múltipla.

## PM-41

### ALERGIA ALIMENTAR – A PROPÓSITO DE UM RELATO DE CASO

Joana Lourenço<sup>1</sup>; António Serrano<sup>1</sup>; Lúcia Torres<sup>2</sup>; Diogo Costa<sup>3</sup>; Olga Oliveira<sup>3</sup>; Rui Tiago Cardoso<sup>4</sup>; André Moreira<sup>4</sup>

<sup>1</sup> USF Pedras Rubras

<sup>2</sup> USF Rebordosa

<sup>3</sup> USF Viver Mais

<sup>4</sup> UCSP Carvalhosa

**Introdução:** As reações alérgicas afetam mais de 22% de crianças em toda a Europa, tendo se verificado um aumento das reações alérgicas graves, primariamente causadas por alergias a alimentos. A prevalência da anafilaxia triplicou entre 1997 e 2008, o que atendendo à sua gravidade, tem motivado campanhas de educação, à escala mundial, junto dos utentes e de divulgação a nível dos profissionais de saúde. O objetivo é uma abordagem precoce e efetiva, na orientação de diagnóstico e tratamento, entre as diferentes especialidades médicas, Médicos de Família, Pediatras e Imunoalergologistas. A DGS publicou em 2011 uma norma sobre prescrição dos exames laboratoriais na Avaliação da Doença Alérgica e em 2012 publicou uma norma sobre abordagem da anafilaxia, assim como um documento relativo ao procedimento de notificação das reações adversas-Catálogo Português de Alergias e outras Reações Adversas (CPARA). Disponibilizou igualmente um manual para a educação do doente alérgico relativamente às medidas de evicção alimentar.

**Caso clínico:** Lactente de 4 meses, sexo masculino, gestação de 40 semanas vigiada e período neonatal sem intercorrências, sem antecedentes patológicos pessoais ou familiares de relevo, a fazer aleitamento materno com boa tolerância.

Iniciou leite adaptado aos 3 meses tendo, imediatamente após a primeira ingestão, desenvolvido eritema peribucal, que evoluiu para estridor e urticária generalizada.

À entrada no SU do Hospital de referência, apresentava-se com dificuldade respiratória, palidez e cianose facial, portanto, clinicamente uma reação de tipo anafilático.

Estabilizado após administração de adrenalina IM, corticoterapia ev, anti-histamínico ev e O<sub>2</sub> suplementar, foi posteriormente encaminhado para consulta de Imunoalergologia Pediátrica, onde mantém seguimento.

**Discussão:** O Médico Assistente assume um papel fundamental no diagnóstico precoce, prevenção e tratamento destes quadros clínicos, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos doentes.

Uma história clínica detalhada, a identificação de possíveis causas de alergia, realização criteriosa de exames complementares de diagnóstico e a referenciação atempada para a especialidade de Imunoalergologia, constituem a base da abordagem das doenças do foro imunoalérgico.