



Reunião Anual  
**SPEDP**

**18.NOV.2016**

HOTEL IPANEMA PARK - PORTO

**Curso Teórico  
Prático de Diabetes**

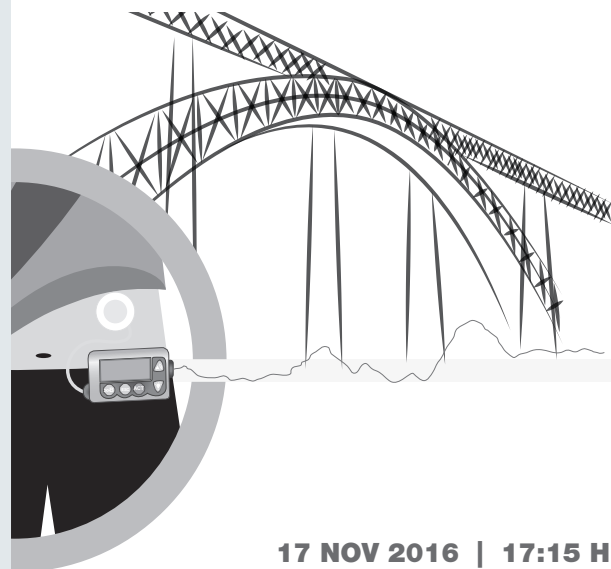
**17.NOV.2016**

HOTEL IPANEMA PARK - PORTO

Resumos



SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA PEDIÁTRICA  
PORTUGUESE SOCIETY OF PEDIATRIC ENDOCRINOLOGY AND DIABETOLOGY



# Reunião Anual **SPEDP**

18.NOV.2016  
HOTEL IPANEMA PARK - PORTO

## Curso Teórico Prático de Diabetes

17.NOV.2016  
HOTEL IPANEMA PARK - PORTO

ÍNDICE

### 17 NOV 2016 | 17:15 H CASOS CLÍNICOS

- CC1 AVALIAÇÃO DO IMPACTO FÍSICO, EMOCIONAL E SOCIAL DO PAPEL DO CUIDADOR INFORMAL DA CRIANÇA COM DIABETES TIPO 1 E INFUSÃO SUBCUTÂNEA CONTÍNUA DE INSULINA** ..... 4  
M.<sup>a</sup> Adriana Rangel, Conceição Lima, Ana Luísa Leite, Rosa Arménia Campos
- CC2 NECROBIÓSE LIPOÍDICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO** ..... 4  
Ivete Afonso, Andreia A. Martins, Mariana Adrião, Inês Leite, Filipa Espada, Marcelo Fonseca
- CC3 UTILIZAÇÃO DE SISTEMA DE PERFUSÃO SUBCUTÂNEA CONTÍNUA DE INSULINA NA DIABETES INAUGURAL. HÁ VANTAGEM?** Mafalda Matias, Catarina Lacerda, Inês Ganhão, Mara Abrantes, Raquel Costa, Nélia Ferraria, Susana Correia ..... 5
- CC4 TERAPÊUTICA COM INFUSÃO SUBCUTÂNEA CONTÍNUA DE INSULINA (ISCI) – EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE DE ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA** ..... 5  
M.<sup>a</sup> Adriana Rangel, Conceição Lima, Ana Luísa Leite, Rosa Arménia Campos

### 18 NOV 2016 | 08:30 H COMUNICAÇÕES ORAIS

- C01 SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS FILHOS DE MÃES COM HIPERTIROIDISMO: EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO PORTUGUÊS** ..... 6  
Ana Coelho Gomes, Ana Teresa Soares, Brígida Robalo, Carla Pereira, Maria Raquel Carvalho, Luísa Pinto, Maria João Bugalho, Maria de Lurdes Sampaio
- C02 ADENOMAS DAS PARATIROIDES EM IDADE PEDIÁTRICA - REVISÃO DE 3 CASOS CLÍNICOS** ..... 6  
Filipa Dias Costa, João Tavares, Inês Barreto, Carlos Bello, Joana Serra Caetano, Rita Cardoso, Isabel Dinis, Alice Mirante
- C03 DISLIPIDÉMIA NA DIABETES EM IDADE PEDIÁTRICA: DEVEMOS PREOCUPAR-NOS?** ..... 7  
Carolina Albuquerque, Joana Gil, Andreia Mota, Brígida Robalo, Carla Pereira, Maria de Lurdes Sampaio
- C04 DOENÇA DE ADDISON AUTOIMUNE EM IDADE PEDIÁTRICA: ANÁLISE CASUÍSTICA DE UMA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA** ..... 7  
Carlos Tavares Bello, M.<sup>a</sup> Inês Barreto, Filipa Dias Costa, João Tavares, Joana Serra Caetano, Rita Cardoso, Isabel Dinis, Alice Mirante
- C05 BAIXA ESTATURA: ANÁLISE RETROSPECTIVA DA CASUÍSTICA DA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL PEDIÁTRICO DE COIMBRA** ..... 8  
Raquel Espírito Santo, Tiago Nunes da Silva, Catarina Neves, Cláudia Arriaga, Joana Serra Caetano, Rita Cardoso, Isabel Dinis, Joana Fialho, Teresa Sabino, Alice Mirante
- C06 OFTALMOPATIA DE GRAVES EM IDADE PEDIÁTRICA** ..... 8  
Ana Margarida Monteiro, Ana Antunes, Sofia Martins, Cristina Freitas, Olinda Marques

### 18 NOV 2016 | 17:00 H VISITA AOS POSTERES

- P01 DIAGNÓSTICOS DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 NUM HOSPITAL DO TIPO B1 ENTRE 2011 E 2016** ..... 9  
Inês Ganhão, Mafalda Matias, Catarina Lacerda, Sofia Castro, Susana Correia
- P02 HISTIOCITOSE DE CÉLULAS DE LANGERHANS MULTISSISTÉMICA E MANIFESTAÇÕES ENDÓCRINAS – CASO CLÍNICO** ..... 9  
Diana Oliveira, Flávia Napoli, Alessandra Maggioni, Enrica Bertelli, Mohamad Maghnie, Sandra Paiva, Francisco Carrilho
- P03 HÁBITOS DE SONO E CONTROLO METABÓLICO NA DIABETES MELLITUS TIPO 1** ..... 10  
Catarina Lacerda, Inês Ganhão, Margarida Rafael, Sofia Castro, Nélia Ferraria
- P04 NECROSE LIPÓIDICA DIABETICORUM - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO** ..... 10  
Clara Gomes, Conceição Luís, Gabriela Laranjo, Joana Campos, Paulo Morais
- P05 HIPOTIROIDISMO GRAVE POR TIROIDITE AUTOIMUNE, A IMPORTÂNCIA DA VELOCIDADE DE CRESCIMENTO NO DIAGNÓSTICO PRECOCE** ..... 11  
Arruda A., Bicho A., Moniz C., Soares M., Gomes, F., César R.
- P06 INTOXICAÇÃO POR ÁGUA IATROGÉNICA EM DOENTE COM PANHIPOBITUITARISMO** ..... 11  
Ana Margarida Monteiro, Sofia Martins, Olinda Marques, Ana Antunes
- P07 UM CASO RARO DE SELA TURCA VAZIA PRIMÁRIA, DIABETES MELLITUS TIPO 1 E SÍNDROME DO OVÁRIO POLICÍSTICO** ..... 12  
Andreia A. Martins, Ivete Afonso, Patrícia Santos, Filipa Espada, Marcelo Fonseca
- P08 TERAPÊUTICA COM SISTEMAS DE PERFUSÃO SUBCUTÂNEA DE INSULINA NUM HOSPITAL DO TIPO B1** ... 12  
Margarida Rafael, Catarina Lacerda, Mafalda Matias, Mara Abrantes, Raquel Costa, Nélia Ferraria, Susana Correia
- P09 DOENÇA DE GRAVES E OFTALMOPATIA EM IDADE PEDIÁTRICA - UM DESAFIO TERAPÊUTICO** ..... 13  
Carla Ferreira, Ana Margarida Monteiro, Cristina Freitas, Jorge Correia Pinto, Carla Meireles, Sofia Martins, Olinda Marques, Ana Antunes



## CC1 AVALIAÇÃO DO IMPACTO FÍSICO, EMOCIONAL E SOCIAL DO PAPEL DO CUIDADOR INFORMAL DA CRIANÇA COM DIABETES TIPO 1 E INFUSÃO SUBCUTÂNEA CONTÍNUA DE INSULINA

M.<sup>a</sup> Adriana Rangel<sup>1</sup>, Conceição Lima<sup>2</sup>, Ana Luísa Leite<sup>3</sup>, Rosa Arménia Campos<sup>4</sup>

1 Interna Formação Específica em Pediatria, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho EPE; 2 Enfermeira Especialista em Pediatria, Unidade de Endocrinologia Pediátrica, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho EPE; 3 Assistente Hospitalar, Unidade de Endocrinologia Pediátrica, Serviço de Pediatria, Unidade de Endocrinologia Pediátrica; 4 Assistente Hospitalar Graduado, Unidade de Endocrinologia Pediátrica, Unidade de Endocrinologia Pediátrica, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia.

**Introdução:** Vários estudos se têm debruçado sobre o efeito do tratamento com infusão subcutânea contínua de insulina (ISCI) na qualidade de vida da criança com Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1). Contudo, o impacto na qualidade de vida do cuidador é também um aspeto relevante e com potencial efeito no controlo metabólico. O Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI), validado para a população portuguesa, tem sido utilizado como instrumento de avaliação da sobrecarga do cuidador familiar em alguns estudos científicos.

**Objetivo:** Avaliar o nível de sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores das crianças com DM1 sobre tratamento com ISCI e correlacionar com variáveis clínicas e demográficas.

**Material e métodos:** Estudo observacional descritivo e transversal, baseado na aplicação do QASCI ao cuidador informal da criança com DM1 com ISCI, seguida em consulta de Endocrinologia Pediátrica. Aos casos elegíveis, o questionário foi enviado via eletrónica, com preenchimento anónimo e on-line. Foi realizado o cálculo da cotação total e parcelar das diferentes subescalas do questionário. Análise estatística através do software SPSS versão 21<sup>®</sup>. Considerou-se uma probabilidade de erro tipo 1 ( $\alpha$ ) <0,05.

**Resultados:** Dos 23 questionários enviados, obtivemos um total de 20 respostas o que equivale a uma taxa de resposta de 87%. Dos 20 pais que participaram no estudo, com idades compreendidas entre os 36 e os 48 anos, a maioria era do sexo feminino (80%) e o principal cuidador da criança com DM1 com ISCI (85%). Encontravam-se, em média, há  $2,2 \pm 2,3$  anos em tratamento com ISCI.

Os resultados do estudo evidenciaram que a sobrecarga global percecionada pelos pais não é elevada (Md = 23,4%; IQR: 11,7-37,7%). A sobrecarga emocional (Md = 34,4%), as implicações na vida pessoal (Md = 25,0%) e o suporte familiar (Md = 25,0%) foram as dimensões que mais contribuíram para a sobrecarga negativa sentida.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a cotação total e a idade, sexo, escolaridade ou o papel de cuidador principal da criança ( $p>0,05$ ), bem como com o tempo de tratamento com ISCI ( $p>0,05$ ). Na análise de subescalas, verificou-se associação entre menor escolaridade e maior cotação na subescala mecanismos de eficácia e controlo ( $p=0,02$ ).

**Conclusão:** A sobrecarga global percecionada pelos pais das crianças com DM1 com ISCI é baixa, fazendo-se sentir sobretudo a nível emocional, social e familiar. Importa, numa próxima fase de estudo, comparar com a sobrecarga dos pais de crianças com DM1 em regime de múltiplas administrações diárias de insulina, no sentido de perceber se o tratamento com ISCI permite uma diminuição da sobrecarga do cuidador e de avaliar o impacto desta diminuição da sobrecarga no controlo metabólico da criança.

## CC2 NECROBIOSE LIPOÍDICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ivete Afonso<sup>1</sup>, Andreia A. Martins<sup>1</sup>, Mariana Adrião<sup>2</sup>, Inês Leite<sup>3</sup>, Filipa Espada<sup>4</sup>, Marcelo Fonseca<sup>4</sup>

1 Serviço de Pediatria, Hospital Pedro Hispano; 2 Serviço de Pediatria, Hospital S. João; 3 Serviço de Dermatologia, Hospital Pedro Hispano; 4 Unidade de Endocrinologia pediátrica, Hospital Pedro Hispano

**Introdução:** A necrobiose lipoidica (NL) é uma doença granulomatosa crónica rara da pele. Afeta primariamente adultos jovens e de meia-idade, com ligeiro predomínio no sexo feminino (3:1). Esta doença tem sido tipicamente associada à diabetes mellitus (DM), com uma incidência nestes indivíduos de 0,3-1,2%, no entanto esta associação tem sido questionada nos últimos anos. O envolvimento da pele habitualmente começa com pápulas ou nódulos vermelho-acastanhados ou roxos que progridem para placas amareladas e acastanhadas, atróficas e telangiectásicas. Os membros inferiores, especialmente a face pré-tibial, são os locais mais comumente atingidos.

**Caso clínico:** Descreve-se o caso de uma adolescente com diagnóstico de DM tipo 1 desde os 7 anos, sob insulino-terapia funcional. Aos 16 anos foi orientada para a consulta de dermatologia por aparecimento de 2 tumefações duras, dolorosas, na face anterior da perna direita, com noção de agravamento progressivo do tamanho. Realizou ressonância magnética desse membro que não tinha alterações. Aos 6 meses de evolução inicia lesões alaranjadas em placa, pouco infiltradas no mesmo local. Realizou biópsia que confirmou a suspeita de necrobiose lipoidica, tendo iniciado tratamento com tacrólimus com melhoria clínica. Após 2 anos mantém-se sem áreas infiltradas ou ulceradas na pele.

**Discussão:** A patogénese da NL não é clara. Teorias propostas incluem a microangiopatia secundária à deposição de glicoproteínas nas paredes dos vasos sanguíneos, anomalias no colagénio, alteração da migração dos neutrófilos ou dano tecidual secundário a hiperlipidemia ou refluxo venoso. O diagnóstico é feito de acordo com os achados clínicos e histopatológicos. A biópsia é importante para confirmação diagnóstica. Apesar da ampla variedade de opções terapêuticas, a NL é uma doença difícil de controlar. No caso da necrobiose não ulcerada, por ser muitas vezes assintomática e poder estabilizar com o tempo, diferir o tratamento é uma opção. Porém, o curso prolongado da doença e a natureza desfigurante das lesões fazem com que muitos doentes desejem iniciar tratamento. Para além da ulceração, o carcinoma espinocelular é uma das complicações desta patologia, embora menos frequente.

Os autores apresentam este caso pela raridade da apresentação da NL nesta faixa etária, salientando a necessidade da vigilância periódica das possíveis complicações.

## UTILIZAÇÃO DE SISTEMA DE PERFUSÃO SUBCUTÂNEA CONTÍNUA DE INSULINA NA DIABETES INAUGURAL. HÁ VANTAGEM?

CC3

Mafalda Matias<sup>1</sup>, Catarina Lacerda<sup>1</sup>, Inês Ganhão<sup>1</sup>, Mara Abrantes<sup>2</sup>, Raquel Costa<sup>2</sup>, Nélia Ferraria<sup>3</sup>, Susana Correia<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Interna de Pediatria Médica do Centro-Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE; <sup>2</sup> Enfermeira do Serviço de Pediatria do Centro-Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE; <sup>3</sup> Assistente Graduada do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE.

**Introdução:** A diabetes mellitus tipo 1 (DM I) é um desafio terapêutico em todas as faixas etárias, particularmente na criança pequena. De acordo com o estabelecido pelo Programa Nacional para a Diabetes de 2012, têm sido distribuídos, pela Direção Geral de Saúde, sistemas de perfusão subcutânea contínua de insulina (PSCI) a crianças abaixo dos 5 anos. No entanto, apesar do seu uso crescente nos últimos anos, nem todos os estudos demonstram melhores resultados comparativamente à terapêutica com canetas.

**Caso clínico:** Apresentam-se dois casos clínicos de DM I inaugural em crianças numa faixa etária semelhante.

Criança de 18 meses, com 12 kg, internada na sequência de um quadro de polaquíúria e polidipsia de agravamento progressivos, com cerca de 1 mês de evolução. Na admissão, destacava-se glicemia de 780mg/dL, cetonemia de 1.4mmol/L, sem cetoacidose e HbA1C 10.6%. Iniciou no internamento insulino terapia intensiva com sistema de PSCI.

Criança de 3 anos, com 14,5 Kg, internada com um quadro de polidipsia e poliúria de agravamento progressivos, acompanhados de diminuição do apetite e perda ponderal (cerca de 1Kg), com aproximadamente 3 semanas de evolução. Destacava-se glicemia de 643 mg/dL, cetonemia de 2.7mmol/L, sem cetoacidose e HbA1C de 11.5%. Iniciou insulino terapia em esquema intensivo com caneta.

Ambos têm sido acompanhados em Consulta de Diabetes Pediátrica ao longo dos últimos 7 meses. No primeiro caso, verificou-se um razoável controlo metabólico, com hipoglicemias esporádicas e assintomáticas e último valor de HbA1C 8.3%. No segundo caso, verificou-se um controlo metabólico mais irregular, com hipoglicemias mais frequentes e sintomáticas e último valor de HbA1C 10.3%. No final deste período foi aplicado um questionário pediátrico sobre qualidade de vida (PedsQL 4.0), tendo-se obtido pontuações superiores em todos os itens testados (Capacidade Física, Psicossocial e total) no caso em que foi possível insulino terapia intensiva com sistema de PSCI.

**Conclusão:** A análise comparativa destes casos mostrou benefício com a colocação do sistema PSCI aquando do diagnóstico, não só em termos de controlo metabólico, mas também na qualidade de vida da criança. Contudo, deve ser dada especial atenção à educação terapêutica específica e continuada, no sentido de otimizar as potencialidades e evitar as complicações deste tipo de tratamento.

## TERAPÊUTICA COM INFUSÃO SUBCUTÂNEA CONTÍNUA DE INSULINA (ISCI) – EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE DE ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA

CC4

M.<sup>a</sup> Adriana Rangel<sup>1</sup>, Conceição Lima<sup>2</sup>, Ana Luísa Leite<sup>3</sup>, Rosa Arménia Campos<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Interna Formação Específica em Pediatria, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho EPE; <sup>2</sup> Enfermeira Especialista em Pediatria, Unidade de Endocrinologia Pediátrica, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho EPE; <sup>3</sup> Assistente Hospitalar, Unidade de Endocrinologia Pediátrica, Serviço de Pediatria, Unidade de Endocrinologia Pediátrica; <sup>4</sup> Assistente Hospitalar Graduado, Unidade de Endocrinologia Pediátrica, Unidade de Endocrinologia Pediátrica Instituição: Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

**Introdução:** O tratamento com Infusão subcutânea contínua de insulina (ISCI) assume um papel crescente na abordagem da criança com Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1), atendendo aos seus benefícios no controlo glicémico, flexibilidade e melhoria da qualidade de vida.

**Objetivo:** Descrever a população de doentes tratados com ISCI da Unidade de Endocrinologia Pediátrica do CHVNG/E e o impacto da mesma no controlo metabólico.

**Material e métodos:** Estudo observacional e retrospectivo realizado através da consulta de processos clínicos de crianças e adolescentes com DM1 sob tratamento com ISCI há mais de 3 meses. Análise e comparação do controlo metabólico antes e após início de tratamento no que diz respeito a valor de hemoglobina glicada (HbA1c), índice de massa corporal (IMC), tensão arterial, perfil lipídico e frequência de hipoglicemias graves. Análise estatística através do software SPSS versão 21<sup>®</sup>. Considerou-se uma probabilidade de erro tipo 1 ( $\alpha$ ) < 0,05.

**Resultados:** Dos 28 doentes portadores de ISCI, 57,1% são do sexo masculino. À data de colocação da ISCI, a idade média era de  $9,1 \pm 4,8$  anos (min 1,1; máx 17,5 anos), com uma duração média de doença de  $3,5 \pm 3,0$  anos. Apresentavam uma HbA1c de  $7,61 \pm 0,83\%$  e z-score de IMC  $0,48 \pm 0,65$ . No que diz respeito ao controlo metabólico, 23,1% apresentavam hipoglicemias graves e 18,5% tinham internamento prévio por descontrolo metabólico.

Quatro doentes foram excluídos da análise comparativa por tempo de seguimento insuficiente (<3 meses). Na consulta de reavaliação (média de  $5,5 \pm 1,1$  meses após colocação de ISCI), não se observaram diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à HbA1c ( $7,65 \pm 0,83\%$ ), zscore IMC ( $0,57 \pm 0,70$ ), Z-score tensão arterial sistólica (TAS  $-0,34 \pm 0,88$ ) e diastólica (TAD  $0,10 \pm 0,77$ ) e perfil lipídico. Houve uma redução na frequência de hipoglicemias graves (9,1%) e dos internamentos por mau controlo metabólico (8,7%). Os achados foram sobreponíveis na última consulta ( $2,6 \pm 1,3$  anos após colocação de ISCI), sendo de referir que em apenas 1 doente (4,2%) correu internamento por estado hiperosmolar hiperglicémico na sequência de mau funcionamento do cateter. Sem registo de hipoglicemias graves em 100% dos doentes.

Da amostra total, apenas 2 doentes retiraram a ISCI, ambos por inadaptação ao sistema. Três doentes transitaram para a consulta de adultos de Endocrinologia mantendo ISCI.

**Conclusão:** Na nossa amostra os doentes apresentavam um adequado controlo metabólico à data de colocação de ISCI, mantendo esse bom controlo ao longo de todo o tempo de seguimento. Observou-se sobretudo redução a nível do número de hipoglicemias graves e necessidade de internamento por descompensação metabólica.



## CO1 SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS FILHOS DE MÃES COM HIPERTIROIDISMO: EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO PORTUGUÊS

Ana Coelho Gomes<sup>1</sup>, Ana Teresa Soares<sup>2</sup>, Brígida Robalo<sup>3</sup>, Carla Pereira<sup>3</sup>, Maria Raquel Carvalho<sup>1</sup>, Luísa Pinto<sup>4</sup>, Maria João Bugalho<sup>1</sup>, Maria de Lurdes Sampaio<sup>3</sup>

1 Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, Hospital de Santa Maria, CHLN - EPE; 2 Serviço de Pediatria, Hospital Garcia de Orta - EPE; 3 Unidade de Endocrinologia Pediátrica, Serviço de Pediatria, Hospital de Santa Maria, CHLN - EPE; 4 Serviço de Ginecologia, Obstetria e Medicina da Reprodução, Hospital de Santa Maria, CHLN - EPE.

**Introdução:** O hipertiroidismo materno pode associar-se a complicações durante a gravidez e a morbilidade e mortalidade no recém-nascido (RN). O presente estudo tem como objetivo avaliar o desenvolvimento de disfunção tiroideia em RN filhos de mãe com hipertiroidismo.

**Materiais e métodos:** Estudo descritivo e retrospectivo. Incluídos 47 RNs filhos de mães com hipertiroidismo durante a gravidez, nascidos entre Maio de 2014 e Maio de 2016. Dividiram-se as grávidas com Doença de Graves (DG) em três grupos, com base nos TRAbs maternos e necessidade de terapêutica com anti-tiroideos de síntese (ATS) no terceiro trimestre (3ºT): Grupo A – TRAb-/ATS-, Grupo B – TRAb+/ATS- e Grupo C – TRAb+/ATS+. Foi avaliada a função tiroideia na altura do nascimento (TSH, FT3, FT4 e TRAb).

**Resultados:** 25 RNs eram filhos de mãe com TSH frenada no 1ºT (três com hiperémese gravídica); 18 com DG e quatro com nódulo tóxico. Das grávidas com DG, seis pertenciam ao grupo A, seis ao grupo B, quatro ao grupo C e em duas não havia informação do título de TRAbs no 3ºT.

Nenhuma das grávidas com TSH frenada no 1ºT realizou terapêutica com ATS durante a gravidez. Das grávidas com nódulo tóxico, nenhuma realizou terapêutica com ATS no 3ºT, no 2ºT a dose média de metibazol foi 4,1mg/dia e no 1ºT 75mg/dia de propiltiouracilo. Nas grávidas com DG do grupo C, a dose média de metibazol no 3ºT foi 3,4mg/dia, no 2ºT 4,8mg/dia de metibazol e no 1ºT 137,5mg/dia de propiltiouracilo.

O título de TRAbs maternos no 3ºT no grupo B foi significativamente menor que o do grupo C (1,9 versus 10,1 U/L,  $p < 0,01$ ).

Só foi observado hipertiroidismo neonatal num RN. Era filho de mãe com DG do grupo C e apresentava um título de TRAbs de 27,2U/L. 33% dos RNs do grupo A e B apresentavam TRAbs positivos à data do parto (3,7 versus 4,2 U/L).

Quatro RNs desenvolveram complicações neonatais: dois dilatação pielo-calicial, um estenose da artéria pulmonar e um comunicação interven-tricular trabecular pequena. Destes, dois eram filhos de mãe com DG do grupo C e dois de grávidas com TSH frenada no 1ºT.

**Discussão:** Os resultados sugerem que o título de TRAbs no 3ºT se associa, por um lado, com a expressão clínica de doença e com a necessidade de instituir terapêutica na mãe e, por outro, com o título de TRAbs no RN e o desenvolvimento de doença tiroideia neste.

A sensibilidade dos testes usados para deteção de TRAbs e a flutuação do seu valor pode condicionar falsos negativos.

Não é possível afirmar relação de causalidade entre as complicações observadas e o hipertiroidismo materno ou seu tratamento.

Assim, o presente trabalho sugere que o doseamento de TRAbs no cordão deve ser realizado em RNs filhos de mãe com DG e TRAbs positivos, ou desconhecidos, no 3ºT. Se o doseamento de TRAbs for positivo, o RN deve ter um seguimento clínico e laboratorial até à negatificação dos mesmos, já que TRAbs positivos no cordão do RN estão associados a maior probabilidade de desenvolvimento de doença tiroideia.

## CO2 ADENOMAS DAS PARATIROIDES EM IDADE PEDIÁTRICA - REVISÃO DE 3 CASOS CLÍNICOS

Filipa Dias Costa<sup>1</sup>, João Tavares<sup>1</sup>, Inês Barreto<sup>1</sup>, Carlos Bello<sup>2</sup>, Joana Serra Caetano<sup>1</sup>, Rita Cardoso<sup>1</sup>, Isabel Dinis<sup>1</sup>, Alice Mirante<sup>1</sup>.

1 Unidade de Endocrinologia Pediátrica, Hospital Pediátrico - Centro Hospitalar e Univ. de Coimbra; 2 Serviço de Endocrinologia, Hospital de Egas Moniz - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

**Introdução:** As glândulas paratiroides intervêm no metabolismo fosfo-cálcico através da produção de paratormona (PTH). O hiperparatiroidismo primário pode ter uma apresentação clínica muito variável e a etiologia mais frequente são os adenomas da paratiroide. Estes podem ser iatrogénicos (exposição a radiação, terapêutica com lítio) ou secundários a alterações genéticas e podem ocorrer de forma isolada ou no contexto de síndromes poliglandulares. Apesar de ser uma patologia mais predominante em adultos, existem raros casos descritos em idade pediátrica.

**Caso 1:** Adolescente 15 anos do sexo masculino que, no contexto de hipoglicemias sintomáticas recorrentes, fez investigação que levou à enucleação de insulinoma multifocal (3 tumores neuroendócrinos pancreáticos G2 e 3 microadenomas - estadio IA da AJCC e I da ENETS). O estudo genético para MEN1 revelou mutação em heterozigotia (variante c.1402del(p.Glu468Argfs\*91). Durante o seguimento, embora assintomático, constatado Ca 2.6 mmol/L (N: 2.22-2.66) e elevação da PTH (102 pg/mL; N: 9-72). Cintigrafia com Sestamibi-Tc99m mostrou paratiroide inferior esquerda hiperfuncionante e área focal de captação aumentada na porção inferior do lobo direito da tiroide. Foi submetido a paratiroidectomia inferior bilateral, sem intercorrências, tendo necessitado transitoriamente de terapêutica com cálcio e calcitriol. A anatomia patológica revelou adenoma da paratiroide inferior esquerda e hiperplasia nodular da tiroide inferior direita.

**Caso 2:** Adolescente 16 anos, sexo masculino, com antecedentes de hepatoblastoma no primeiro ano de vida, enviado à Endocrinologia por hipercalcémia e microlitíase renal, em contexto de investigação por dor abdominal e astenia. Dos exames complementares, a destacar PTH 118 pg/mL (N: 9-72), Ca 2.79 mmol/L (N: 2.19-2.51) e RM com 3 lesões nodulares na localização das paratiroides, duas à direita e uma à esquerda, esta última hiperfuncionante na cintigrafia com Sestamibi-Tc99m. Realizou paratiroidectomia inferior esquerda, sem intercorrências, com anatomia patológica característica de adenoma da paratiroide.

**Caso 3:** Menina 4 anos, assintomática, enviada à consulta de Endocrinologia por história familiar de Síndrome Hiperparatiroidismo e Tumor da Maxila (HPT-JT) (autossómica dominante). Avaliação analítica inicial e ecografia cervical sem alterações, mas estudo genético confirmou a mutação c.165C>G (p.Y55X) no exão 2 do gene CDC73. Embora assintomática, na avaliação analítica seriada foi constatada, aos 6 anos, elevação da PTH 105 pg/mL (N: 9-72) e Ca 2.77 mmol/L (N: 2.19-2.51), pelo que fez cintigrafia com Sestamibi-Tc99m que revelou foco de hiper captação na paratiroide inferior esquerda. Foi submetida a paratiroidectomia inferior bilateral que decorreu sem intercorrências, mas a necessitar de terapêutica com cálcio e calcitriol. Resultado histológico ainda não disponível.

**Conclusão:** Embora sejam uma entidade rara em pediatria, os adenomas das paratiroides podem ocorrer de forma isolada, em patologias poliglandulares ou em contexto de outras síndromes genéticas, com um espectro clínico muito variável. A avaliação analítica seriada é fundamental para o diagnóstico precoce.



**DISLIPIDÉMIA NA DIABETES EM IDADE PEDIÁTRICA: DEVEMOS PREOCUPAR-NOS?****C03****Carolina Albuquerque<sup>1,2</sup>, Joana Gil<sup>1,3</sup>, Andreia Mota<sup>1,4</sup>, Brígida Robalo<sup>1</sup>, Carla Pereira<sup>1</sup>, Maria de Lurdes Sampaio<sup>1</sup>**

1 Unidade de Endocrinologia Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar de Lisboa Norte; 2 Serviço de Pediatria, Hospital Vila Franca de Xira; 3 Serviço de Pediatria, Departamento de Pediatria, Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Centro Académico de Medicina de Lisboa; 4 Serviço de Pediatria, Hospital de S. Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal, EPE.

**Introdução:** A diabetes é uma alteração metabólica complexa, caracterizada por hiperglicemia crónica secundária a alteração na secreção de insulina, na acção da insulina ou em ambas. A presença de dislipidémia em doentes com diabetes mellitus tipo 1 (DM1) aumenta o seu risco cardiovascular de forma exponencial, sendo a doença cardiovascular a causa mais frequente de morbimortalidade em doentes com DM1 a médio e longo prazo. Assim, o bom controlo metabólico é essencial na prevenção das complicações micro e macrovasculares.

**Objetivo:** Conhecer a prevalência de doentes diabéticos tipo 1 em idade pediátrica com dislipidémia e relacionar a presença de dislipidémia com o controlo metabólico e outros factores de risco cardiovascular (FRCV).

**Métodos:** Análise retrospectiva dos processos clínicos de doentes com DM1 seguidos em consulta de endocrinologia pediátrica de um hospital de nível III, que efetuaram uma avaliação analítica no último ano, incluindo perfil lipídico, sem jejum prévio (colheita de oportunidade). Foram considerados como valores alterados de perfil lipídico: C-LDL  $\geq 100$ mg/dL, C-não-HDL  $\geq 145$ mg/dL, C-HDL  $< 40$ mg/dL, TG  $\geq 100$ mg/dL ( $< 10$  anos) ou TG  $\geq 130$ mg/dL ( $> 10$  anos). Análise estatística dos dados efetuada em SPSS 20.0 ®.

**Resultados:** Obteve-se um total de 126 doentes com diabetes, 117 dos quais com DM1. Neste subgrupo, verificou-se um ligeiro predomínio do sexo feminino (54,6%), com idade média no diagnóstico de 6,7 anos (mín 0,8; máx 16,1), idade atual média de 12,5 anos (mín 1,6; máx 18,6) e tempo de evolução médio da doença de 5,8 anos (mín 0,5; máx 16,8). A cetoacidose diabética foi em 54% dos casos a manifestação inicial da doença, a cetose em 30,8% e a hiperglicemia em 14,5%. Cento e quatorze (97,4%) doentes estavam sob insulinoaterapia intensiva, 63,2% com esquema de múltiplas injeções diárias e 34,2% com bomba infusora de insulina. Quarenta e oito doentes (41%) apresentaram perfil lipídico alterado, mas apenas 12 (10%) apresentavam colesterol-não-HDL (c-não-HDL) e/ou c-HDL alterados. Nenhum doente estava medicado com estatina. A HbA1C média foi de 8,9% (mín 6,4; máx 16,4%), verificando-se que 85,5% dos doentes apresentavam HbA1C  $> 7,5\%$ . A associação entre dislipidémia e HbA1C  $> 7,5\%$  foi estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ), não se tendo verificado o mesmo entre dislipidémia e os outros FRCV estudados, nomeadamente idade ou tempo de evolução de doença.

**Discussão:** A maioria dos doentes realizou o perfil lipídico sem jejum prévio, o que dificultou a valorização das alterações encontradas. Quando avaliados o c-HDL e c-não-HDL, encontrou-se uma prevalência de dislipidémia nesta população inferior à referida noutros estudos. A associação encontrada entre dislipidémia e HbA1C  $> 7,5\%$  reforça a necessidade de melhorar o controlo metabólico em doentes diabéticos tipo 1, a par da instituição de mudanças no estilo de vida (hábitos dietéticos e exercício físico) e coloca a questão do eventual início de terapêutica com estatinas mais precocemente ( $> 8$  anos). A dislipidémia deve ser uma preocupação nos doentes com DM1, e de acordo com os resultados obtidos, os autores consideram a necessidade de realização de um rastreio mais precoce e frequente de dislipidémia nesta população, em relação ao que está atualmente preconizado.

**DOENÇA DE ADDISON AUTOIMUNE EM IDADE PEDIÁTRICA: ANÁLISE CASUÍSTICA DE UMA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA****C04****Carlos Tavares Bello<sup>1</sup>, Maria Inês Barreto<sup>2</sup>, Filipa Dias Costa<sup>2</sup>, João Tavares<sup>2</sup>, Joana Serra Caetano<sup>2</sup>, Rita Cardoso<sup>2</sup>, Isabel Dinis<sup>2</sup>, Alice Mirante<sup>2</sup>** 1 Serviço de Endocrinologia, Hospital de Egas Moniz, CHLO; 2 Unidade de Endocrinologia Pediátrica, Hospital Pediátrico de Coimbra, CHUC

**Introdução:** A insuficiência cortico-suprarrenal primária (Doença Addison) é uma entidade rara na idade pediátrica, sendo mais frequente no género feminino. A Hiperplasia Congénita de Suprarrenal é a causa mais frequente (72%), seguida das causas autoimune (13%) e genética (8%). A Doença de Addison autoimune apresenta-se clinicamente de forma variável e inespecífica, sendo fundamental um elevado índice de suspeição para um reconhecimento precoce. Um diagnóstico atempado, seguimento regular e criteriosa monitorização dos dados clínico-laboratoriais são fundamentais para o tratamento adequado destes doentes. São descritos os casos de três adolescentes com Doença de Addison autoimune seguidos numa consulta de Endocrinologia Pediátrica de um hospital terciário.

**Resultados:** Atualmente são seguidos em consulta de Endocrinologia Pediátrica três adolescentes, género masculino, com Doença de Addison autoimune. A idade média de diagnóstico foi de  $16.5 \pm 0.6$  anos. A sintomatologia iniciou-se uma a duas semanas antes da data do diagnóstico, excluindo-se a hiperpigmentação cujo início foi difícil de definir. À data do diagnóstico salientava-se astenia, hiperpigmentação (3/3), vómitos (2/3), emagrecimento, anorexia e dor abdominal (1/3), sem compromisso hemodinâmico. Como desencadeantes identificamos o exercício físico intenso (2/3) e a infecção das vias aéreas superiores (1/3). Analiticamente ao diagnóstico salienta-se hiponatremia ( $127 \pm 1.7$  mmol/l) (3/3), acidose metabólica (1/3), sem outras alterações designadamente hipoglicémia, hipercaliémia, hipercalcémia, eosinofilia ou linfocitose. Os doseamentos de cortisol e aldosterona baixos e valores de renina activa e ACTH muito elevados nos três doentes permitiram o diagnóstico de insuficiência cortico-suprarrenal primária com positividade para os anticorpos anti-suprarrenal. Em apenas um adolescente se constatou positividade para outros anticorpos (anti-microsossomais e anti-GAD65) sem critérios clínico-laboratoriais para hipotiroidismo primário e diabetes mellitus. Os doentes foram inicialmente medicados com hidrocortisona e fludrocortisona que ainda mantêm nas doses de 30mg/dia 3id e 0.1mg/dia id, respetivamente. O tempo de seguimento médio dos doentes foi de  $11 \pm 6$  meses, com evolução analítica e clínica favorável.

**Conclusão:** Os casos apresentados salientam a necessidade de uma elevada suspeita clínica para o diagnóstico da Doença de Addison. Destaca-se a atipia da forma de apresentação dos casos descritos que cursaram apenas com sintomas inespecíficos e hiponatremia moderada, sem hipercaliémia, hipoglicémia, hipotensão ou outros achados característicos de crise addisoniana. Contrariamente ao descrito na literatura, observa-se o atingimento exclusivo do género masculino. Algumas séries relatam uma percentagem de 60% de casos de Doença de Addison em associação com outras patologias autoimunes, pelo que se preconiza o rastreio regular das mesmas. Esta entidade rara, com implicações diagnósticas e terapêuticas específicas e potencial gravidade não desvalorizável, justifica um seguimento regular em consulta de Endocrinologia Pediátrica.



## C05 BAIXA ESTATURA: ANÁLISE RETROSPECTIVA DA CASUÍSTICA DA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL PEDIÁTRICO DE COIMBRA

Raquel Espírito Santo<sup>1</sup>, Tiago Nunes da Silva<sup>2</sup>, Catarina Neves<sup>3</sup>, Cláudia Arriaga<sup>3</sup>, Joana Serra Caetano<sup>3</sup>, Rita Cardoso<sup>3</sup>, Isabel Dinis<sup>3</sup>, Joana Fialho<sup>4</sup>, Teresa Sabino<sup>1</sup>, Alice Mirante<sup>3</sup>

1 Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, Hospital Curry Cabral, Centro Hospitalar de Lisboa Central. 2 Serviço de Endocrinologia e Diabetes, Hospital Garcia de Orta. 3 Unidade de Endocrinologia Pediátrica, Serviço de Pediatria Ambulatória do Hospital Pediátrico de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Escola Superior Tecnologia e Gestão de Viseu, CI&DETS, INESC Coimbra.

**Introdução:** As causas de baixa estatura em idade pediátrica são complexas, e o diagnóstico requer a integração de diversos parâmetros auxo-lógicos, laboratoriais e imagiológicos. Objetivo: caracterizar a população de crianças/adolescentes referenciados a consulta de endocrinologia pediátrica por baixa estatura e comparar os grupos com baixa estatura patológica e variantes do normal.

**Métodos:** Estudo retrospectivo analítico dos processos clínicos das crianças e adolescentes referenciados à consulta de endocrinologia pediátrica num hospital nível 3 por baixa estatura entre janeiro de 2010 e dezembro de 2013. Análise estatística: SPSS21®.

**Resultados:** Entre janeiro de 2010 e dezembro de 2013 foram efetuadas 1814 primeiras consultas, sendo 337 crianças e adolescentes referenciados por baixa estatura. Em 46 casos não se confirmou a baixa estatura. Incluímos 291 doentes, sendo 56% do sexo masculino. A idade média da primeira consulta foi de  $8.96 \pm 7.51$  anos. A média do z-score da estatura foi de  $-2.84 \pm 0.78$ . Da população estudada, 73.5% dos doentes apresenta baixa estatura patológica, e 26.5% correspondem a variantes do normal. Baixa estatura severa (z-score inferior a -3) foi encontrada em 89 casos (30,6%). A causa mais frequente de baixa estatura patológica é a baixa estatura idiopática em 60 casos (28%), seguida de pequenos para a idade gestacional em 49 casos (22,9%) e déficit de hormona do crescimento em 37 casos (17,3%). A maioria dos doentes com variantes do normal são do sexo masculino (63,6%), e as causas são o atraso constitucional do crescimento (41,6%), baixa estatura familiar (15,6%), ou ambas as formas (42,8%).

Comparando o grupo com baixa estatura patológica e variantes do normal encontramos diferenças estatísticas relativamente à idade média diagnóstica (baixa estatura patológica 8,06 vs variantes do normal 11,46,  $p < 0,001$ ), média do z-score da estatura na 1ª consulta ( $-2,91$  vs  $-2,64$ ,  $p < 0,001$ ), média do z-score do peso 1.ª consulta ( $-2,49$  vs  $-2,08$ ,  $p = 0,007$ ), média z-score da estatura alvo familiar ( $-1,28$  vs  $-1,93$ ,  $P < 0,001$ ), diferença z-score da estatura criança e pais ( $-1,57$  vs  $-0,73$ ,  $p < 0,001$ ), valor médio de IGF1 ( $149,98$  vs  $223,6$ ,  $p < 0,001$ ), taxa de prematuridade ( $22,5\%$  vs  $10,8\%$ ,  $p = 0,029$ ), pequenos para a idade gestacional ( $29,81\%$  vs  $9,46\%$ ,  $p < 0,001$ ), e baixa estatura severa ( $34,10\%$  vs  $20,80\%$ ,  $p = 0,029$ ).

**Conclusão:** A baixa estatura é um motivo frequente de consulta. Na amostra estudada, a maioria dos doentes apresenta baixa estatura patológica, sendo neste grupo a baixa estatura idiopática a causa mais frequente. As crianças com baixa estatura patológica apresentam na primeira consulta valores médios de idade, z-score estatura, e IGF-1 significativamente inferiores aos das crianças com variantes do normal, e apresentam uma diferença significativamente maior entre z-score da criança dos pais. A baixa estatura severa é mais frequente nas crianças com baixa estatura patológica.

## C06 OFTALMOPATIA DE GRAVES EM IDADE PEDIÁTRICA

Ana Margarida Monteiro<sup>1</sup>, Ana Antunes<sup>2</sup>, Sofia Martins<sup>2</sup>, Cristina Freitas<sup>3</sup>, Olinda Marques<sup>1,2</sup>

1 Serviço de Endocrinologia, 2 Departamento de Endocrinologia Pediátrica e 3 Serviço de Oftalmologia do Hospital de Braga

**Introdução:** A oftalmopatia de Graves (OG) é a mais comum e mais importante manifestação extra-tiroideia da doença de Graves (DG). A OG é rara em idade pediátrica e, atualmente, não existem orientações publicadas para o seguimento e tratamento desta patologia nesta faixa etária. Os objetivos da nossa revisão foram identificar os doentes com OG no nosso centro e avaliação das manifestações clínicas, dos métodos de tratamento e dos resultados.

**Resultados:** Nos últimos 15 anos, 16,7% ( $n=3/18$ ) dos doentes com DG desenvolveram OG em idade pediátrica. Dois doentes eram do sexo feminino e a idade média de diagnóstico de DG e OG foi de 4 e 6 anos, respetivamente. A idade média ao diagnóstico dos doentes com DG sem OG foi significativamente maior ( $13,0$ ;  $p = 0,002$ ). Os anti-tiroideos de síntese foram o tratamento inicial da DG. Dois doentes foram submetidos a tireoidectomia para o controlo da DG. Os 3 doentes apresentaram proptose e 2 doentes apresentaram neuropatia ótica compressiva. Todos os doentes com OG foram tratados com corticosteróides – 2 doentes realizaram bólus endovenosos de metilprednisolona seguido de prednisolona oral e 1 doente realizou tratamento com metilprednisolona oral. Ao momento do diagnóstico de OG não foram avaliados os scores de gravidade e atividade mas, atualmente, todos apresentam doença inativa.

**Conclusão:** A OG constitui um grande desafio clínico e terapêutico. Embora na maioria dos doentes o envolvimento ocular é leve e não progressivo, alguns podem apresentar uma forma grave de OG potencialmente causadora de cegueira como a neuropatia ótica compressiva que ocorreu em dois dos nossos doentes. A presente revisão pretende alertar para a ocorrência desta manifestação séria e não tão rara na idade pediátrica e para a referência precoce a um centro oftalmológico com experiência em OG, a fim de prevenir sequelas de longo prazo.



18 NOV 2016 | 17:00 H VISITA AOS POSTERES

## DIAGNÓSTICOS DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 NUM HOSPITAL DO TIPO B1 ENTRE 2011 E 2016

P01

Inês Ganhão, Mafalda Matias, Catarina Lacerda, Sofia Castro, Susana Correia

Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE

**Introdução:** A Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) é uma das doenças crónicas mais frequentes em idade pediátrica. Nas últimas décadas verificou-se uma incidência crescente, sobretudo em idades inferiores a 5 anos. Em 10% dos casos existe história familiar de DM1 nos familiares diretos, no entanto, o padrão de hereditariedade não se encontra bem definido. Está descrita variabilidade sazonal, com uma incidência maior nos meses mais frios; variabilidade geográfica e anual.

**Objectivo:** Caracterizar os novos casos de DM1 do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo (CHBM) nos últimos 5 anos.

**Métodos:** Estudo retrospectivo, descritivo, através da consulta de processos clínicos dos casos de DM1 inaugural no período de 1 de outubro de 2011 a 30 de setembro de 2016, seguidos em Consulta de Diabetes Pediátrica no CHBM.

**Resultados:** Obteve-se um total de 31 novos casos de DM1 no período de tempo estudado, com idade mediana de  $7 \pm 3,9$  anos (idades compreendidas entre 1 e 15 anos) e predomínio do sexo feminino (17; 54,8%). Verificou-se existência da doença em familiares diretos em 4 (12,9%) dos casos. Relativamente ao modo de apresentação da doença, 14 (45,2%) doentes apresentaram-se com sintomas clássicos sem cetoacidose; 12 (38,7%) apresentaram-se com cetoacidose e 5 (16,1%) encontravam-se assintomáticos tendo sido feito o diagnóstico em análises de rotina. Nove em 12 (75%) diagnósticos de cetoacidose ocorreram em idade superior ou igual a 9 anos. Em 30 doentes (96,8%) houve internamento para controlo da doença e educação terapêutica. Onze casos (35,5%) foram diagnosticados nos meses de janeiro, fevereiro e março. No primeiro semestre de 2016 houve 10 diagnósticos (32,3%).

**Discussão:** Na nossa amostra, ao contrário do descrito na literatura, houve um discreto predomínio do sexo feminino. A prevalência de DM1 em familiares diretos foi a esperada. A cetoacidose no diagnóstico foi frequente e ocorreu sobretudo em crianças mais velhas e adolescentes. O diagnóstico foi mais frequente nos meses mais frios. Verificou-se uma incidência muito elevada de novos casos no primeiro semestre de 2016 que poderá ser explicada por fatores ambientais ou por existir maior conhecimento na comunidade da existência desta consulta no Hospital.

**Conclusão:** Deverá ser feita maior sensibilização junto da comunidade para tentar reduzir a cetoacidose no diagnóstico. O aumento de incidência no primeiro semestre de 2016 deveria ser melhor caracterizado, comparando com outras unidades de saúde.

## HISTIOCILOSE DE CÉLULAS DE LANGERHANS MULTISSISTÉMICA E MANIFESTAÇÕES ENDÓCRINAS – CASO CLÍNICO

P02

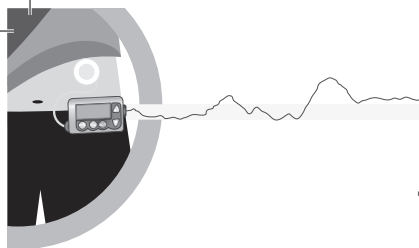
Diana Oliveira<sup>1</sup>, Flavia Napoli<sup>2</sup>, Alessandra Maggioni<sup>2</sup>, Enrica Bertelli<sup>2</sup>, Mohamad Maghnie<sup>2</sup>, Sandra Paiva<sup>1</sup>, Francisco Carrilho<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; <sup>2</sup> Centro de Endocrinologia Clínica e Experimental, Istituto Giannina Gaslini, Génova, Itália.

A Histiocitose de células de Langerhans (HCL) multissistémica é uma patologia heterogénea causada pela acumulação em vários órgãos de células dendríticas de características semelhantes às células de Langerhans cutâneas. O atingimento da hipófise está presente em cerca de 25% dos doentes, sendo a diabetes insípida central a manifestação mais comum nesse contexto. O panhipopituitarismo é uma situação rara, no entanto a disfunção hipotálamo-hipofisária está entre as sequelas a longo prazo mais frequentes da doença.

Apresenta-se o caso de uma criança saudável até aos 7 anos de idade, altura em que desenvolveu um quadro de poliúria e polidipsia, tendo sido internado e submetido a investigação diagnóstica que incluiu teste de privação hídrica, interpretado como indicativo de polidipsia primária. Aos 14 anos, detetada em exames de rotina elevação da enzimologia hepática, enquadrada em infeção por EBV, tendo mantido seguimento em consulta de Gastroenterologia por hepatopatia colestática anictérica. A ecografia hepática mostrava hepatomegalia e estrutura hepática heterogénea. Aos 16 anos foi detetada hipernatremia; apresentava também atraso pubertário e do crescimento, bem como dispneia lentamente progressiva. Foi internado para estudo – identificados défices hipofisários múltiplos (hipogonadismo hipogonadotrófico, hipotiroidismo secundário, insuficiência cortico-suprarrenal secundária, défice de GH) e diabetes insípida central. A RM crânio-encefálica mostrava formação tumoral sólida a nível diencefalo-hipotalâmico (17 mm). Iniciou terapêutica hormonal substitutiva (urofolitropina 75 UI 2 vezes por semana, gonadotropina coriônica humana 2000 UI 2 vezes por semana, levotiroxina 75mcg id, acetato de cortisona 25mg 1 comprimido de manhã + ¼ à tarde, vasopressina 30mcg id.). Por suspeita de HCL foi solicitada TC de tórax, que revelou múltiplas lesões císticas compatíveis com o diagnóstico, posteriormente confirmado através de biópsia pulmonar. Iniciou terapêutica protocolada (vinblastina, prednisolona), com boa resposta. Desenvolveu diabetes Mellitus secundária a corticoterapia, com necessidade de introdução de múltiplas injeções diárias de insulina.

O caso apresentado ilustra a importância da valorização e adequada investigação de múltiplos sinais e sintomas enquadráveis numa patologia plurissistémica e por isso complexa. As manifestações endócrinas da HCL constituem, neste caso, sequelas importantes com necessidade de seguimento regular.



18 NOV 2016 | 17:00 H VISITA AOS POSTERES

## P03 HÁBITOS DE SONO E CONTROLO METABÓLICO NA DIABETES MELLITUS TIPO 1

Catarina Lacerda, Inês Ganhão, Margarida Rafael, Sofia Castro, Nélia Ferraria

Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE

**Introdução:** As crianças e adolescentes com Diabetes Mellitus (DM) tipo 1 podem apresentar alterações do sono devido a fatores fisiológicos e psicológicos inerentes à doença. Alguns estudos demonstraram uma menor qualidade no sono das crianças e adolescentes com DM tipo 1 traduzidas na polissonografia por uma diminuição da duração do estadio 3 do sono (sono profundo) comparativamente a doentes saudáveis. Outros estudos mostraram uma relação entre hemoglobina glicosilada (HbA1c) elevada e alterações do padrão de sono, provavelmente pelo facto de um menor número de horas de sono diminuir a sensibilidade à insulina. O tratamento dos doentes com DM tipo 1 visa atingir e manter um bom controlo metabólico sem descurar o bem-estar físico, mental e social pelo que o sono deve ser avaliado.

**Objectivos:** Caracterizar os hábitos de sono numa amostra de crianças e adolescentes com DM tipo 1 seguidos em consulta de Diabetologia Pediátrica num hospital de tipologia 1B. Relacionar a qualidade do sono com o controlo metabólico da doença.

**Material e métodos:** A caracterização do sono foi realizada através da aplicação do Questionário de Hábitos de Sono das Crianças (CSHQ-PT) às crianças e adolescentes seguidos em consulta de Diabetologia Pediátrica. O controlo metabólico foi avaliado através do valor mais recente de HbA1c.

Foram realizadas correlações bivariadas, através do coeficiente de correlação de Pearson, para estudar a associação entre as diferentes variáveis, com um nível de significância de 5%.

**Resultados:** Participaram no estudo um total de 45 doentes (90% do total de doentes da consulta), com idades compreendidas entre 2 e 18 anos (mediana 12 anos) com mediana do tempo de duração da diabetes de 4,5 anos (0-13 anos). Catorze (31,1%) sob terapêutica com sistema de perfusão contínua de insulina (SPCI) e os restantes sob múltiplas administrações de insulina. A HbA1c mediana foi 8,4% (5,6%-12,2%).

O número de horas de sono variou entre 7,5 e 11,5 horas (mediana de 9 horas). Apenas 7 doentes (15,5%) dormiam um número de horas inferiores ao recomendado para a sua faixa etária. A perturbação do sono mais frequentemente descrita foi a sonolência diurna, sendo mais frequente acima dos 12 anos.

Houve uma relação estatisticamente significativa entre uma pior qualidade de sono e um valor mais elevado de HbA1c ( $p<0,001$ ). Os doentes com valor mais elevado de HbA1c relataram mais alterações relacionadas com despertares noturnos ( $p<0,001$ ), perturbação respiratória do sono ( $p=0,003$ ), parassónias ( $p=0,012$ ) e sonolência diurna ( $p=0,026$ ).

Não se encontrou associação estatística entre o valor de HbA1c e o número de horas de sono, a utilização de SPCI ou o tempo de diagnóstico de diabetes.

**Conclusões:** Verificou-se uma associação entre um mau controlo metabólico da diabetes e uma pior qualidade do sono, principalmente por despertares noturnos e perturbação respiratória do sono.

O sono é uma vertente importante no controlo metabólico da DM tipo 1 mas são necessários mais estudos para validar esta relação e estudar os mecanismos subjacentes a esta interação.

## P04 NECROSE LIPÓIDICA DIABETICORUM - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Clara Gomes<sup>1</sup>, Conceição Luís<sup>2</sup>, Gabriela Laranjo<sup>3</sup>, Joana Campos<sup>3</sup>, Paulo Morais<sup>4</sup>

Centro Hospitalar Tondela - Viseu, E.P.E., Serviço de Pediatria. 1 Interna Pediatria; 2 Enfermeira Pediatria; 3 Assistente Pediatria; 4 Assistente Dermatologia.

**Introdução:** A Necrobiose Lipídica Diabeticorum (NLD) é uma dermatose crónica rara de etiologia idiopática. Apesar de 30% dos casos surgirem de forma independente do diagnóstico de diabetes mellitus (DM), afeta aproximadamente 0,3% dos diabéticos, não estando o seu aparecimento e progressão relacionados com o controlo glicémico. A idade média de início da NLD é 30 anos, sendo esta mais precoce nos diabéticos e 3 vezes mais frequente no género feminino.

A NLD resulta de uma degeneração colagénica com resposta granulomatosa, espessamento dos vasos sanguíneos e deposição de tecido adiposo. Caracteriza-se por máculo-pápulas bem delimitadas, inicialmente eritemato-acastanhadas que progridem para placas amareladas, brilhantes, deprimidas e atróficas. Apesar de geralmente serem assintomáticas e consistirem um problema essencialmente estético, pode haver referência a prurido, disestesia e podem ocorrer ulcerações dolorosas, sobretudo após traumatismo, com risco de sobreinfecção. As lesões são geralmente múltiplas e bilaterais, atingindo classicamente as regiões pré-tibiais, de forma simétrica, mas pode surgir noutros locais (face, couro cabeludo, tronco e membros superiores). Ainda não existe um tratamento eficaz e curativo para a NLD. Os corticóides tópicos proporcionam um benefício transitório mas, se usados de forma contínua, podem conduzir à progressão da atrofia da lesão e posterior ulceração.

**Caso clínico:** Adolescente de 17 anos, sexo masculino, seguido na Consulta Externa de Diabetologia Pediátrica por DM tipo 1 desde os 4 anos de idade, sob esquema intensivo com múltiplas administrações de insulina e com mau controlo metabólico. Aos 15 anos, aparecimento no antebraço esquerdo de uma lesão em placa ovalada, de 5 cm de maior diâmetro, assintomática, eritemato-nacarada, infiltrada e de bordos bem definidos, de crescimento progressivo. Biópsia lesional e exame anátomo-patológico confirmou o diagnóstico de NLD. O doente foi medicado com corticóide tópico e emoliente, tendo-se conseguido uma estabilização e menor infiltração da lesão.

**Conclusão:** Este caso clínico permite destacar uma dermatose, não patognomónica de DM mas que na maioria dos casos apresenta relação com este diagnóstico. Apesar de rara, é necessário haver uma elevada suspeita clínica e o conhecimento do espectro clínico para o estabelecimento do diagnóstico de NLD.

## HIPOTIROIDISMO GRAVE POR TIROIDITE AUTOIMUNE, A IMPORTÂNCIA DA VELOCIDADE DE CRESCIMENTO NO DIAGNÓSTICO PRECOCE

P05

Arruda A.<sup>1</sup>, Bicho A.<sup>2</sup>, Moniz C.<sup>3</sup>, Soares M.<sup>1</sup>, Gomes F.<sup>1</sup>, César R.<sup>3</sup><sup>1</sup> Serviço de Pediatria do Hospital do Divino Espírito Santo, EPER; <sup>2</sup> Unidade de Saúde de Ilha de S. Miguel; <sup>3</sup> Serviço de Endocrinologia e Nutrição do Hospital do Divino Espírito Santo, EPER.

**Introdução:** O hipotireoidismo é alteração mais comum da glândula tireoideia em idade pediátrica. A Tireoidite Autoimune Crônica é principal causa de hipotireoidismo adquirido nos países sem carência de iodo, afetando essencialmente meninas de raça branca na idade pré-púbere e púbere. A forma de apresentação mais comum é a presença de um bócio eutiroides.

**Caso clínico:** Menina de 7 anos, previamente saudável, com rastreio neonatal de hipotireoidismo negativo, referenciada à consulta de endocrinologia pediátrica por hipotireoidismo (T4 0,18 ng/dL e TSH > 150 uIU/mL). A mãe referia quadro com 10 meses de evolução de anorexia, palidez, astenia, sonolência, dor abdominal, obstipação, intolerância ao frio e dificuldade na aprendizagem. Nos 3 meses anteriores à consulta, a mãe notou intolerância ao exercício e edema da face, mãos e pés. História familiar de patologia tireoideia. À observação destacava-se peso 30Kg (+1,29DP), estatura 117 cm (-1,34DP), temperatura transtimpânica de 35,4°C, pele pálida e fria, edema peri-orbitário, pré-tibial e das mãos e pés, sem godet, fácies apático, voz rouca e grave e discurso lentificado. Estádio pubertário de Tanner I. Tireoideia não palpável. Auscultação cardíaca com hipofonose dos tons cardíacos. Exame neurológico com lentificação generalizada e atraso na fase de relaxamento dos reflexos osteotendinosos. De acordo com os registos de estatura no boletim de saúde infanto-juvenil (BSIJ) verificava-se a partir dos 5 anos de idade diminuição gradual da velocidade de crescimento com consequente cruzamento de 3 percentis. Analiticamente confirmou-se a presença de hipotireoidismo (TSH > 100,0 uIU/mL, T4 Livre < 0,40 ng/dL) por Tireoidite autoimune (Ac anti-TPO > 1300,00 UI/ mL e Ac anti-TG 160,9 UI/mL). A ecografia tireoideia foi compatível com processo de tireoidite. Da restante avaliação laboratorial destacava-se: anemia normocítica normocrômica (Hb 10,5g/dl; VGM 88,2 fl; HCM 30,7 pg), dislipidemia (colesterol total de 444 mg/dl; LDL 313 mg/dl; HDL 42 mg/dl) hipertrigliceridemia (TG 385 mg/dl) e rabdomiólise (1191 U/L de creatinaquinase total). O ecocardiograma demonstrou presença de derrame pericárdico apical e periventricular com 10mm. A idade óssea era de 6 anos. As provas de avaliação psicológica confirmaram funcionamento cognitivo muito inferior (Qlec=68) ao esperado para a sua faixa etária. Iniciou terapêutica com 0,4 µg/kg/dia com titulação progressiva.

**Discussão:** O presente caso clínico representa a forma clássica de apresentação do hipotireoidismo, com sintomas, sinais e achados laboratoriais multisistêmicos, resultantes da lentificação metabólica e da acumulação de glicosaminoglicanos de matriz secundárias à deficiência grave das hormonas tireoideas. Atualmente esta é uma forma de apresentação menos comum. Da avaliação retrospectiva do caso destacamos a desaceleração da velocidade de crescimento como o primeiro sinal do hipotireoidismo. Este dado reforça a velocidade de crescimento como sinal fundamental para o diagnóstico precoce do hipotireoidismo de forma a minorar as consequências a curto e a longo prazo.

## INTOXICAÇÃO POR ÁGUA IATROGÉNICA EM DOENTE COM PANHIPOPITUITARISMO

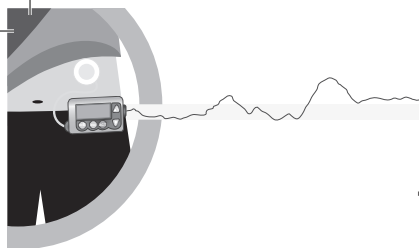
P06

Ana Margarida Monteiro<sup>1</sup>, Sofia Martins<sup>2</sup>, Olinda Marques<sup>1, 2</sup>, Ana Antunes<sup>2</sup><sup>1</sup> Serviço de Endocrinologia do Hospital de Braga; <sup>2</sup> Departamento de Endocrinologia Pediátrica do Hospital de Braga

**Introdução:** A diabetes insípida central é uma doença rara que resulta do défice de hormona antidiurética. Este défice provoca uma desregulação do equilíbrio hídrico que é, geralmente, difícil de gerir. O tratamento consiste na administração da hormona em défice cujo principal objetivo é proporcionar um controlo da poliúria com o menor risco de hiponatremia por retenção hídrica em excesso.

**Caso clínico:** Adolescente do sexo feminino de 15 anos de idade admitida no serviço de Urgência por alterações do estado de consciência associado a movimentos involuntários dos membros. Cerca de 16 horas antes, a doente tinha iniciado vômitos aquosos posteriormente biliosos e recusa alimentar. Horas antes do início da sintomatologia, a mãe referia uma ingestão hídrica de cerca de 1,5 litros para a realização de ecografia pélvica. Trata-se de uma jovem com panhipopituitarismo sob terapêutica de substituição com hormona de crescimento, levotiroxina, hidrocortisona, desmopressina liofilizada e estradiol. Estava também medicada com metilfenidato por perturbação de hiperatividade e défice de atenção. À observação pela equipa de emergência pré-hospitalar, apresentava hipoglicemia (34 mg/dl) e agitação psico-motora. Foi administrado glucagon que reverteu, no momento, a hipoglicemia mas sem recuperação do estado neurológico habitual. Analiticamente, apresentava hiponatremia (132 mmol/L), diminuição da osmolaridade sérica (265 mOsm/kg) e densidade urinária normal (1015 kg/L). Iniciou terapêutica com hidrocortisona ev, fluidoterapia com NaCl, glucose ev e manitol. Realizou TC cerebral que não evidenciou alterações. Após a difícil correção das alterações analíticas, a doente recuperou o estado de consciência após 8 horas.

**Conclusão:** O caso apresentado corresponde a um episódio de intoxicação por água iatrogénica numa doente tratada com desmopressina. Ainda que pouco frequente, a hiponatremia diluicional é a principal complicação do tratamento com desmopressina. Reforça-se a importância da educação terapêutica dos doentes e familiares sobre a limitação de ingestão de líquidos para as quantidades necessárias para satisfazer a sede.



18 NOV 2016 | 17:00 H VISITA AOS POSTERES

## P07 UM CASO RARO DE SELA TURCA VAZIA PRIMÁRIA, DIABETES MELLITUS TIPO 1 E SÍNDROME DO OVÁRIO POLICÍSTICO

Andreia A. Martins<sup>1</sup>, Ivete Afonso<sup>1</sup>, Patrícia Santos<sup>2</sup>, Filipa Espada<sup>2</sup>, Marcelo Fonseca<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Pediatria, Hospital Pedro Hispano; <sup>2</sup> Unidade de Endocrinologia Pediátrica, Hospital Pedro Hispano.

**Introdução:** A sela turca vazia (STV) é uma entidade rara, sobretudo em idade pediátrica. Frequentemente apresenta-se como um achado imagiológico incidental, todavia em cerca de 20 a 50% dos casos pode associar-se a disfunção endocrinológica e, numa minoria, a sintomas neurológicos. O seu diagnóstico é fundamental para uma conduta terapêutica adequada.

**Caso clínico:** Adolescente, sexo feminino, seguida em consulta de endocrinologia pediátrica por Diabetes Mellitus tipo 1 auto-imune diagnosticada aos 11 anos. Desde os 13 anos com excesso de peso sem comorbilidades associadas. Menarca aos 14 anos. Na consulta dos 15 anos mantinha ciclos menstruais irregulares, destacando-se ao exame objetivo hirsutismo (12 na escala de Ferriman Galwey), acne moderado-grave do tipo inflamatório na face e hiperseborreia. Realizou estudo endocrinológico que revelou testosterona total elevada e LH três vezes superior à FSH, e ecografia pélvica que evidenciou ovários globosos com múltiplas formações císticas periféricas, corroborando assim o diagnóstico de síndrome do ovário poliquístico (SOP).

Nas consultas subsequentes referia cefaleias holocraneanas inespecíficas mas persistentes pelo que efectuou ressonância magnética cerebral que revelou sela turca vazia primária parcial, com desvio lateral direito da haste pituitária sem alterações do parênquima encefálico ou das vias de circulação do líquido. Perante este achado imagiológico alargou-se o estudo endocrinológico que permitiu excluir distúrbios do eixo hipotálamo-hipófise. Durante o seguimento em consulta verificou-se resolução espontânea das cefaleias, mantendo-se assintomática, sem alterações hormonais de novo nos controlos anuais, iniciando aos 16 anos anticoncepcional oral combinado.

**Discussão:** Este caso destaca-se não só pela raridade do diagnóstico de STV mas também pela sua associação a outras endocrinopatias. Apesar da literatura revelar um predomínio do diagnóstico incidental, verificou-se a ocorrência de sintomas neurológicos e associação a SOP. Na presença do diagnóstico de STV, e à semelhança do caso descrito, é recomendado o doseamento das hormonas hipofisárias, à data do diagnóstico e anualmente, afim de excluir distúrbios do eixo hipotálamo-hipófise e eventual necessidade de terapêutica substitutiva.

## P08 TERAPÊUTICA COM SISTEMAS DE PERFUSÃO SUBCUTÂNEA DE INSULINA NUM HOSPITAL DO TIPO B1

Margarida Rafael, Catarina Lacerda, Mafalda Matias, Mara Abrantes, Raquel Costa, Nélia Ferraria, Susana Correia

Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE

**Introdução:** A insulino-terapia intensiva, com múltiplas administrações de insulina (MAI) ou com sistemas de perfusão subcutânea contínua de insulina (SPSCI), é a terapêutica preconizada na Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1), desde o diagnóstico e em qualquer idade. Na última década, em Portugal, assistiu-se a uma enorme evolução nesta área com uma crescente utilização dos SPSCI. Desde 2012 a Direção Geral de Saúde (DGS) distribui SPSCI a todas as crianças com menos de 5 anos e anualmente atribui mais alguns SPSCI para a faixa etária dos 5 aos 21 anos.

**Objetivo:** Caracterizar os doentes seguidos na Consulta de Diabetes Pediátrica do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo (CHBM), a quem foi iniciada terapêutica com SPSCI.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo, descritivo, através da consulta de processos clínicos dos doentes seguidos na Consulta de Diabetes Pediátrica do CHBM, a quem foi iniciada terapêutica com SPSCI, no período entre 1 de fevereiro de 2013 e 31 de outubro de 2016. Analisaram-se antes e depois da colocação do SPSCI: o controlo metabólico através da avaliação da hemoglobina glicosilada (HbA1c), o número e gravidade das hipoglicémias e a dose diária de insulina (DDI). Apreciou-se satisfação dos doentes e/ou famílias face a esta terapêutica.

**Resultados:** Durante o período estudado colocaram-se 14 SPSCI (28% dos doentes acompanhados em Consulta), sendo a mediana de idade no diagnóstico de 5 anos [1-7 anos] e a mediana de idade de colocação de SPSCI de 8 anos [1-17 anos]. À excepção de um, todos os doentes melhoraram o controlo metabólico 6 meses após colocação de SPSCI tendo a maioria mantido esta tendência ao longo do seguimento (12, 18, 24 e 36 meses). Ocorreu um internamento por descompensação metabólica. Em 50% dos doentes verificou-se uma redução importante no número de hipoglicémias. Objetivou-se uma redução na DDI nos 6 meses pós-colocação em 57% dos doentes. Todos os doentes e/ou famílias se mostram mais satisfeitos com o SPSCI comparativamente à terapêutica com MAI e nenhum demonstrou vontade de o abandonar.

**Discussão:** Apesar da reduzida dimensão da amostra verificou-se, com a terapêutica com SPSCI, uma melhoria no controlo metabólico e no número de hipoglicémias, bem como uma redução na DDI nas crianças e jovens acompanhados. Em simultâneo, a satisfação demonstrada pelos doentes e/ou famílias permite deduzir que esta terapêutica melhora a qualidade de vida de todos os envolvidos na gestão da diabetes.

**Conclusão:** Apesar do longo caminho que profissionais de saúde e de educação, doentes e famílias têm pela frente na otimização deste tipo de terapêutica, a experiência tem sido extremamente positiva.

## DOENÇA DE GRAVES E OFTALMOPATIA EM IDADE PEDIÁTRICA - UM DESAFIO TERAPÊUTICO

P09

Carla Ferreira<sup>1</sup>, Ana Margarida Monteiro<sup>2</sup>, Cristina Freitas<sup>3</sup>, Jorge Correia Pinto<sup>4</sup>, Carla Meireles<sup>1</sup>, Sofia Martins<sup>5,6</sup>, Olinda Marques<sup>2,5</sup>, Ana Antunes<sup>5,6</sup>

1 Serviço de Pediatria, Hospital Sra. Da Oliveira - Guimarães; 2 Serviço de Endocrinologia, Hospital Braga; 3 Serviço de Oftalmologia, Hospital Braga; 4 Serviço de Cirurgia Pediátrica, Hospital Braga; 5 Grupo de Endocrinologia Pediátrica, Hospital Braga; 6 Serviço de Pediatria, Hospital Braga

**Introdução:** A Doença de Graves (DG) é a principal causa de hipertireoidismo em idade pediátrica, acometendo 0,1 crianças e 3 por 100000 adolescentes anualmente. Um dos seus achados típicos é oftalmopatia de Graves (OP), muitas vezes leve e auto-limitada, mas em 3-5% dos casos associada a perda de visão. O tratamento de primeira linha da DG em idade pediátrica são os anti-tiroideus de síntese (ATS). Quando não é alcançada remissão completa deve ser considerado tratamento definitivo, com cirurgia ou iodo radioativo, devendo a escolha entre ambos ser realizada de forma individual, considerando as características do doente e da doença.

**Caso clínico:** Criança do género feminino, orientada para a consulta de endocrinologia pediátrica aos 4 anos por taquicardia, polifagia, tosse crónica, agitação e exoftalmia com 6 meses de evolução. Ao exame objetivo apresentava FC de 144 bpm, exoftalmia exuberante, hipersudorese e bócio palpável não doloroso de consistência elástica. O estudo analítico revelou TSH < 0,005 uU/mL, T4L 1,16 ng/ml e TRABs 11,3 U/L. Foi medicada com metibazol (MTZ) e propranolol, com melhoria da sintomatologia e ajuste progressivo da dose de MTZ, mantendo vigilância regular também em consulta de oftalmologia. Aos 6 anos, 1 mês após suspender MTZ, mãe referiu sono agitado e agravamento da exoftalmia. Analiticamente, apresentava TSH < 0,005 uU/mL, T4L de 0,98 ng/ml e TRABs 37,04 U/L, tendo reiniciado a terapêutica. Aos 7 anos e 11 meses, em consulta de oftalmologia foi detetado papiledema bilateral, motivo pelo qual foi referenciada ao serviço de urgência de pediatria. Realizou TC das orbitas que revelou neuropatia ótica compressiva. Foi internada para início tratamento com metilprednisolona endovenosa. Após 8 pulsos, que completou em regime de hospital de dia, observou-se uma resposta favorável. Aos 8 anos e 1 mês foi internada eletivamente para realização de tireoidectomia total, que decorreu sem intercorrências. Atualmente, com 9 anos, mantém seguimento na consulta, encontrando-se assintomática e medicada com levotiroxina 37,5 ug/dia.

**Conclusão:** O presente caso clínico exemplifica o desafio do tratamento e controlo da DG em idade pediátrica. A idade da criança, a ausência de remissão após tratamento com MTZ, bem como a gravidade da OG justificaram a escolha de tireoidectomia total como tratamento definitivo neste caso.

Também o tratamento da OG foi um desafio, apesar dos efeitos secundários associados corticoterapia endovenosa, optou-se por esta terapêutica atendendo à gravidade da situação.



# Curso Teórico Prático de Diabetes

17.NOV.2016

HOTEL IPANEMA PARK - PORTO

PARA INTERNOS E MÉDICOS  
ESPECIALISTAS DE PEDIATRIA  
E ENDOCRINOLOGIA

09:00H *Abertura do Secretariado*

09:30H ATUALIZAÇÃO EM INSULINOTERAPIA FUNCIONAL

*Moderadores:* Isabel Dinis (CHUC) e Luísa Barros (HUC)

ATUALIZAÇÃO EM NUTRIÇÃO Nanci Batista (CHUC)

CÁLCULO DO FSI E RELAÇÃO INSULINA/HC - REFLEXÕES Joana Vilaverde (CHP)

AUTOVIGILÂNCIA GLICÉMICA Ana Laura Fitas (CHLC)

11:00H *Intervalo*

11:30H COMPLICAÇÕES AGUDAS

*Moderadores:* Luísa Raimundo (HGO) e Teresa Borges (CHP)

CETOACIDOSE DIABÉTICA Joana Caetano (CHUC)

HIPOGLICEMIA Susana Carvalho (H. Braga)

12:30H *Almoço*

14:00H PREDICTIVE LOW GLUCOSE SUSPEND FEATURE

IN CLINICAL PRACTICE Tadej Battelino (University Medical Centre Ljubljana)

16:00H *Intervalo*

16:30H COMPLICAÇÕES MICROVASCULARES

*Moderadores:* Lurdes Lopes (CHLC) e Helena Cardoso (CHP)

PERSPECTIVA DO ENDOCRINOLOGISTA DE ADULTOS Miguel Melo (CHUC)

RECOMENDAÇÕES DE RASTREIO Carla Pereira (CHLN)

17:15H CASOS CLÍNICOS

*Moderadores:* Rita Cardoso (CHUC) e Catarina Saraiva (CHLO)

18:00H TESTE DE AVALIAÇÃO (facultativo)

# Reunião Anual SPEDP

18.NOV.2016

HOTEL IPANEMA PARK - PORTO

08:00H *Abertura do Secretariado*

08:30H COMUNICAÇÕES ORAIS

*Moderador:* Júlia Galhardo (CHLC) e João Anselmo (HDES)

10:00H URGÊNCIAS EM ENDOCRINOLOGIA: HIPOGLICEMIA NA CRIANÇA  
FORA DO CONTEXTO DA DIABETES

*Moderadores:* Margarida Ferreira (H. Funchal) e Esmeralda Martins (CHP)

PATOLOGIA ENDÓCRINA Brígida Robalo (CHLN)

PATOLOGIA METABÓLICA Paula Garcia (CHUC)

11:00H *Intervalo*

11:30H CONFERÊNCIA

*Moderadores:* Francisco Carrilho (CHUC) e Isabel Dinis (CHUC)

NOVAS TECNOLOGIAS NA DIABETES

Tadej Battelino (University Medical Centre Ljubljana)

12:30H SESSÃO DE ABERTURA

13:00H *Almoço*

14:30H **SIMPÓSIO SANDOZ:**

ADULTO COM DEFICIÊNCIA DE SOMATOTROPINA DESDE A INFÂNCIA

*Moderadores:* Margarida Bastos (CHUC) e Lurdes Lopes (CHLC)

INFÂNCIA Manuel Arturo Pombo (H. Univ. Santiago de Compostela)

ADULTO Roberto Peinó Garcia (H. Univ. Santiago de Compostela)

15:30H DIABETES E OLHO

*Moderadores:* Olinda Marques (H. Braga), Isabel Pires (CHUC) e Manuel Fontoura (CHSJ)

PERSPECTIVA DO ENDOCRINOLOGISTA Tiago Silva (HGO)

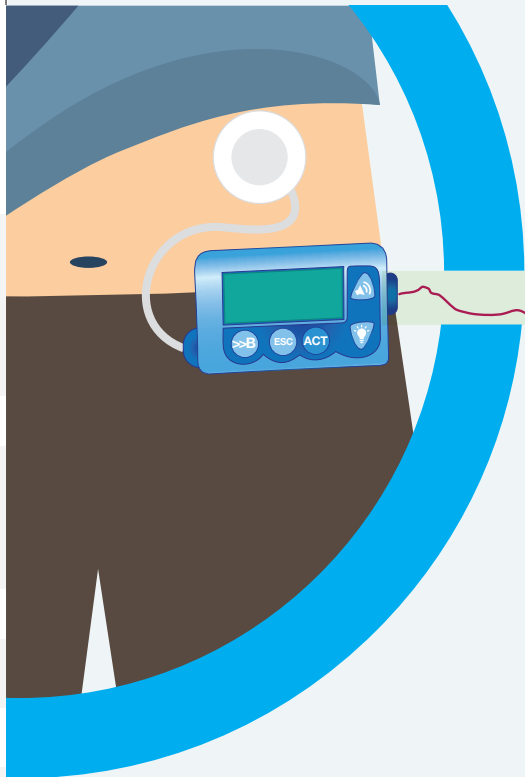
PERSPECTIVA DO OFTALMOLOGISTA Catarina Paiva (CHUC)

16:30H *Intervalo*

17:00H VISITA AOS POSTERES

*Moderadores:* Maria João Oliveira (CHP) e Márcia Alves (CHBV)

17:30H ASSEMBLEIA GERAL E ENTREGA DE PRÉMIOS



## PATROCÍNIO CIENTÍFICO:



Interesse reconhecido pela  
Sociedade Portuguesa de Pediatria



Sociedade Portuguesa de Endocrinologia,  
Diabetes e Metabolismo



## Reunião Anual **SPEDP**

18.NOV.2016

HOTEL IPANEMA PARK - PORTO

## Curso Teórico Prático de Diabetes

17.NOV.2016

HOTEL IPANEMA PARK - PORTO

### COMISSÃO ORGANIZADORA LOCAL

Dra. Carla Costa  
Dra. Maria João Oliveira  
Dra. Mariana Martinho

### JÚRI DOS PRÉMIOS

Dra. Sandra Paiva  
Dra. Joana Campos  
Dra. Carla Pereira

### JÚRI DA BOLSA

Dra. Alice Mirante  
Dra. Lurdes Sampaio  
Dra. Olinda Marques



PATROCÍNIOS