



4 dezembro | 11:00-13:00

Esofagite eosinofílica

Jorge Amil Dias

Centro Hospitalar S. João, Porto

A esofagite eosinofílica é reconhecida como entidade diagnóstica há cerca de 20 anos. Essa "curta vida" não permite ainda conhecer todas as características da doença e rápidos avanços no conhecimento, tanto ao nível da fisiopatologia como das opções diagnósticas e terapêuticas.

A doença, em Pediatria tem um quadro clínico polimórfico que pode confundir-se com várias outras situações. Se bem que a forma clínica de apresentação mais facilmente reconhecida seja a impactação alimentar (geralmente com história pessoal de atopia e de episódios semelhantes no passado), podem ocorrer queixas vagas de recusa alimentar, dor abdominal, ingestão abundante de líquidos para ajudar à deglutição, entre outras.

O diagnóstico depende da realização de endoscopia em que se pode observar o padrão típico de edema da parede, traquealização ou ponteado nacarado (por granulomas de eosinófilos), mas um aspecto normal não exclui o diagnóstico com segurança. A realização de múltiplas biópsias, a 2 ou 3 níveis do esófago é essencial para o diagnóstico. Deve também proceder-se a biópsias gástricas e duodenais para identificar/excluir outras enteropatias eosinofílicas.

O relatório histológico deve descrever detalhadamente os achados morfológicos e quantificar o número máximo de eosinófilos por campo de grande ampliação (400x). É necessário um número de eosinófilos superior a 15 no esófago distal e proximal para estabelecer o diagnóstico. Nesse caso deve iniciar-se tratamento com inibidor da bomba de prótons (1 mg/kg 2x/d) e repetir a endoscopia ao fim de 8 semanas. A melhoria histológica estabelece o diagnóstico de Esofagite respondedora a IBP (PPI-REE em inglês), enquanto a persistência de infiltrado eosinofílico estabelece o diagnóstico clássico de EEO. Vários trabalhos recentes têm mostrado que há uma enorme semelhança genética e clínica entre PPI-REE e EEO, pelo que é provável que a actual PPI-REE venha a confirmar-se afinal como um subtipo de EEO que pode ser tratado com aqueles fármacos. Os testes alergológicos são pouco úteis no diagnóstico ou identificação de alimentos suspeitos. Se a história clínica e resultado dos testes apontarem conjuntamente para algum alimento específico, então poderá tentar-se a evicção desse produto, mas na maioria dos doentes não há essa consistência.

O tratamento da EEO consiste em evitar os alimentos precipitantes (dieta dirigida, se for identificado algum produto suspeito), empírica (em que se removem os 6 alimentos mais comuns na EEO com reintrodução progressiva), ou elementar de



4 dezembro | 16:15-16:45

Avaliação nutricional e do risco nutricional

Helena Ferreira Mansilha

Consultora e Assistente Hospitalar Graduada de Pediatria

CMIN (Centro Materno-Infantil do Norte)

As crianças e adolescentes hospitalizados têm maior risco de desenvolver malnutrição devido às exigências nutricionais do crescimento, especialmente quando apresentam patologia subjacente crónica como cardiopatias, patologias do foro cirúrgico, doenças neurológicas, doenças metabólicas, entre outras. Apesar dos grandes avanços na qualidade dos cuidados assistenciais, a prevalência de malnutrição nos doentes hospitalizados pediátricos é elevada, e nas últimas décadas não tem vindo a diminuir.

Assim, trabalhos provenientes de vários países da Europa e USA, e publicados desde há três décadas, apontam para prevalências da ordem dos 20-30% de malnutrição, da qual 6.1 a 14% são classificados como malnutrição moderada a grave, em população pediátrica hospitalizada¹⁻⁵. Em Portugal, a prevalência encontrada foi de 18,9 % num estudo nacional (resultados ainda não publicados).

Ainda nesta década, um relatório elaborado por peritos do Conselho da Europa trouxe a público o reconhecimento da existência de grandes deficiências nos cuidados nutricionais nos Hospitais Europeus, emitindo recomendações que incluíram a implementação de Equipas de Suporte Nutricional⁶. Posteriormente, o comité de Nutrição da ESPGHAN publicou, sob a forma de *Medical Position Paper*, uma opinião especializada sobre a necessidade e pertinência da implementação de Equipas de Suporte Nutricional em unidades pediátricas para a prevenção da malnutrição hospitalar e optimização do suporte nutricional⁷.

A malnutrição hospitalar, apesar de ter um grande impacto no prognóstico e na morbilidade e complicações associadas bem com o tempo de internamento⁸⁻¹³, não é muitas vezes reconhecida e, por isso, também não prevenida e tratada, uma vez que a atenção do clínico está muitas vezes focalizada no problema médico primário.

Embora o tempo médio de permanência no hospital para a grande maioria das crianças e adolescentes, seja de poucos dias, nos doentes crónicos ou com problemas subjacentes esse tempo pode ser consideravelmente maior.

Torna-se então claro que, a avaliação sistemática do risco nutricional de todas as crianças e adolescentes, realizada precoce e atempadamente à admissão hospitalar seria de todo desejável, sendo certo que assim possibilitaria a gestão de suporte nutricional adequado no sentido de prevenir a instalação ou promover a recuperação de um estado de malnutrição.

No entanto, os instrumentos propostos para rastreio do risco nutricional neste grupo etário, muitas vezes adaptados de outros já existentes para adultos, têm limitações como a falta de validação e aceitação consensual bem como, muitas vezes, a sua complexidade ser um obstáculo ao seu uso por rotina.

A PNRS (Pediatric Nutritional Risk Score), desenvolvida por um grupo francês, embora parecendo um instrumento simples e rápido, não especifica certas condições de aplicabilidade e não foi demonstrada a sua reprodutibilidade¹⁴. O SGNA (Subjective Global Nutritional Assessment), desenvolvido por um grupo canadiano, embora correlacione o *score* com o *outcome* clínico, a sua aplicação é muito demorada, sendo mais um processo de avaliação nutricional do que de avaliação de risco⁸. A STAMP (Screening Tool for the Assessment of Malnutrition in Pediatrics) e a PYMS (Paediatric Yorkhill Malnutrition Score), desenvolvidas por grupos britânicos, também não foram validados¹⁵⁻¹⁶. A STRONGkids (Screening Tool Risk On Nutritional status and Growth), desenvolvida por um grupo holandês, embora de fácil aplicação, apresenta alguma subjectividade na atribuição do *score*¹⁷.

A ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) defende alguns requisitos a ponderar na avaliação do risco nutricional, que deverão ser consideradas nestes instrumentos: 1) Avaliar o estado nutricional actual de modo subjectivo (aparência clínica); 2) Avaliar se este estado é estável (se existe patologia subjacente); 3) Avaliar se o estado pode piorar (história natural da doença); 4) Avaliar se o processo patológico pode acelerar a deterioração nutricional (responsabilidade do evento agudo no comprometimento do estado nutricional)¹⁸. A ausência de consenso de critérios baseados na evidência para o diagnóstico de malnutrição e de risco para malnutrição, especialmente em idade pediátrica em constante crescimento, bem

como dos respectivos *cut-offs* para intervenção nutricional será um óbice à interpretação de dados clínicos destes instrumentos¹⁹. Também a interpretação e avaliação destes dados será especialmente difícil em face de grupos de patologia subjacente, nomeadamente os doentes neurológicos¹⁹⁻²².

Assim, a elevada prevalência de malnutrição entre crianças e adolescentes admitidos no hospital é considerada intolerável, dadas as consequências adversas na sua saúde e bem-estar, a curto e a longo prazos, muitas vezes subestimadas.

A documentação do impacto no *outcome* clínico, bem como na relação custo/benefício da aplicação de um instrumento de rastreio de risco nutricional devidamente validado e consensual, será essencial para que o seu uso faça parte da rotina dos cuidados em idade pediátrica.

Bibliografia

- 1 - Merrit RJ, Suskind RM. Nutritional survey of hospitalized children. *Am J Clin Nutr* 1979; 32: 1320-5.
- 2 - Moy RJ, Smallman S, Booth IW. Malnutrition in a UK children's hospital. *J Hum Nutr Diet* 1990; 3: 93-100.
- 3 - Hendriks KM, Duggan C, Gallaher L, et al. Malnutrition in hospitalized pediatric patients. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995; 149: 1118-22.
- 4 - Pawellek I, Dokoupil K, Koletzko B. Prevalence of malnutrition in paediatric hospital patients. *Clin Nutr* 2008; 27: 72-76.
- 5 - Joosten et al. Prevalence of malnutrition in paediatric hospital patients. *Curr Opin Pediatr* 2008; 20:590-6.
- 6 - Beck AM, Balknas UN, Camilo ME, et al. Practices in relation to nutritional care and support: report from the Council of Europe. *Clin Nutr* 2002; 21: 351-4.
- 7- Agostoni C, Axelson I, Colomb V, Goulet O, Koletzko B, et al. The need for Nutrition Support Teams in Pediatric Units: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2005; 41 (1): 8-11.
- 8 -Secker DJ, Jeejeebhoy KN. Subjective global nutritional assessment for children. *Am J Clin Nutr* 2007; 85: 1083-89.
- 9 - S. Kolacek. 2009. Treatment methods and goals in pediatric malnutrition. *Ann. Nestlé.* 67: 85-93.
- 10 - Sneve J, Kattelman K, Ren C, Stevens DC. **Implementation of a Multidisciplinary Team That Includes a Registered Dietitian in a Neonatal Intensive Care Unit Improved Nutrition Outcomes.** *Nutr Clin Pract* 2009; 23: 630-634.
- 11 - Eskedal LT, Hagemo PS, Seem E, Eskild A, Cvancarova M, Seiler S, Thaulow E. Impaired weight gain predicts risk of late death after surgery for congenital heart defects. *Arch Dis Child.* 2008; 93(6):495-501.
- 12 - Briassoulis G, Zavras N, Hatzis T. Malnutrition, nutritional indices, and early enteral feeding in critically ill children. *Nutrition.* 2001 Jul-Aug;17(7-8):548-57.

- 13 - Corish et al. Comparison of nutritional risk screening tools in patients on admission to hospital. J Hum Nutr Diet. 2004, 17(2): 133-9
- 14 - Sermet-Gaudelus I, Poisson-Salomon A, Colomb V, et al. Simple paediatric nutritional risk score to identify children at risk of malnutrition. Am J Clin Nutr 2000; 72: 64-70.
- 15 - Mc Carthy H, Mc Nulty H, Dixon M, Eaton- Evans MJ. Screening for nutrition risk in children: the validation of a new tool. J Hum Nutr Diet 2008; 21: 395-6.
- 16 - Gerasimidis K, Macleod I, Maclean A, Buchanan E, McGrogan P, Swinbank I, et al. Performance of the Paediatric Yorhill Malnutrition Score (PYMS) in hospital practice. Clinical Nutrition 2011; 30: 430-435.
- 17 - Hulst JM, Zwart H, Hop WC, Joosten KF. Dutch national survey to test the STRONGkids nutritional risk screening tool in hospitalized children. Clin Nutr 2010; 29: 106-111.
- 18 - Kondrup et al. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. Clinical Nutr 2003; 22(4):415-421.
- 19 - Joosten KF, Hulst JM. Malnutrition in pediatric hospital patients: current issues. Nutrition 2011; 27(2):133-137.
- 20 - Hartman C, Shamir R, Hecht C, Koletzko B. Malnutrition screening tools for hospitalized children. Curr Opin Clin Nutr Metab Care 2012; 15 (3): 303-309.
- 21 – Cao J, Peng L, Li R, Chen Y, Li X, Mo B, et al. Nutritional risk screening and its clinical significance in hospitalized children. Clin Nutr 2014; 33: 432-36.
- 22 - Huysentruyt K, Devreker T, Dejonckheere J, et al. The accuracy of nutritional screening tools in assessing the risk of under-nutrition in hospitalized children: a systematic review of literature and meta-analysis.. JPGN 2015, in press.

XX



4 de zembro | 17:15-18:00

Leite de vaca: amigo ou inimigo? Prof. Gonçalo Cordeiro Ferreira (HDE-CHLC)

De alimento considerado imprescindível na alimentação de crianças , o leite de vaca passou recentemente a ser visto como um possível malefício , atribuindo-se-lhe cumplicidades no estabelecimento de doenças da “civilização” , quer ainda na idade pediátrica , quer no adulto.

No primeiro caso destacam-se a Diabetes Mellitus tipo 1 e o autismo , e no segundo a obesidade , dislipidémia e Diabetes tipo 2.

Defensores da paleodietas , para a qual os genes humanos estarão supostamente adaptados , realçam que , como boa mamífera , a espécie humana não está preparada para consumir leite, para lá do período da lactação, esquecendo a co- evolução genética e cultural que o neolítico trouxe às tribos pastorícias na persistência da lactase.

O leite de vaca é um alimento que além do aporte energético e proteico muito rico (e barato) tem componentes funcionais próprios que, em determinados períodos da idade pediátrica, favorecem o crescimento.

