

MATERIAL E MÉTODOS: estudo de caso-controle. Todos os recém-nascidos vivos (RNV) e natimortos (NM) com mais de 500g são avaliados através de exame físico e/ou necropsia. Exames complementares são solicitados em casos suspeitos ou confirmados de defeitos congênitos a critério da equipe médica assistente. Para cada RNV com diagnóstico de DC há um RNV seguinte, do mesmo sexo, como controle. As mães dos casos e dos controles respondem um questionário voluntariamente aplicado por acadêmicos do curso de Medicina/UFRGS previamente treinados, assim como as mães dos NM. Os fatores de risco investigados incluem tabagismo, alcoolismo, diabetes mellitus prévia, idade materna, gemelaridade e consangüinidade. **RESULTADOS:** No período avaliado, 88.112 nascimentos foram registrados no HCPA, sendo 86.640 RNV e 1.478 NM. RNs com defeitos congênitos: 4.264 e controles: 4.336. Defeitos congênitos foram detectados em cerca de 5% dos RNV e aproximadamente 14% dos NM. A análise dos fatores de risco revelou o aumento discreto na ocorrência de DC associado a DM anterior à gestação, gemelaridade e idade materna. **CONCLUSÕES:** O estudo PMDC/ECLAMC é fundamental para o controle da prevalência e de alguns dos fatores de risco para DC na nossa população. A monitorização permanente auxilia a implantação de medidas públicas de saúde, reduzindo a frequência de defeitos congênitos na população de Porto Alegre.

SIBILÂNCIA ASSOCIADA A PREMATURIDADE: SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO ATÉ UM ANO DE IDADE CORRIGIDA

LUCIANA TEIXEIRA FONSECA; LUCIANA A. HEIDEMANN, ANA CLÁUDIA BENJAMIN, RITA DE CÁSSIA SILVEIRA, RENATO S. PROCIANOY

Introdução: Estudos sugerem um aumento na frequência de sibilos no seguimento de prematuros de muito baixo peso (RNMBP) que tiveram Doença de Membrana Hialina no período neonatal. **Objetivo:** Determinar fatores de risco para sibilância no primeiro ano de idade corrigida de RNMBP. **Materiais e métodos:** Uma coorte de recém-nascidos com peso de nascimento **Resultados:** 182 RNMBP tiveram alta hospitalar. Destes, 29 (15,9%) foram excluídos e 153 (86 no grupo sibilos e 67 controles) foram estudados. Readmissão hospitalar foi mais freqüente no grupo sibilos que nos controles (58,3% e 19,3%, $p < 0,001$). 75% dos sibilantes e 55,9% dos controles apresentavam idade gestacional 28 semana ($p = 0,046$). Presença de refluxo gastroesofágico (RGE) definida como necessidade de uso de procinético e inibidor H2 ou de bomba de prótons foi mais prevalente no grupo sibilos. Necessidade de uso de oxigênio com 36 semanas de idade corrigida (Diplasia Broncopulmonar, DBP) foi semelhante entre os grupos no estrato de IG 28 semanas, e mais prevalente no grupo sibilos no estrato IG > 28 semanas (12,9% e 2% respectivamente, $p = 0,043$). **Conclusões:**

Os fatores de risco para sibilância em RNMBP no primeiro ano de idade corrigida são: RGE, imaturidade pulmonar e DBP, sendo este último fator de risco apenas para > 28 sem.

TUBERCULOSE CONGÊNITA CLINICAMENTE MANIFESTADA POR ASCITE. RELATO DE CASO

LUCIANA TEIXEIRA FONSECA; LUCIANA A. HEIDEMANN, PAULA PICON, CLÓVIS WEISSHEIMER

Introdução: A tuberculose (TB) congênita é uma doença de ocorrência rara e diagnóstico difícil. Há alguns casos relatados na literatura mundial, mas nenhum tendo ascite como manifestação inicial. **Objetivo:** Relatar a ocorrência de um caso raro e de apresentação incomum. **Materiais e métodos:** Estudo de caso ocorrido na Neonatologia do HCPA em maio de 2008. **Caso clínico:** RN de DRR, masculino. Mãe de 22 anos, alcoolista e drogadita, sem pré-natal, febril. Sorologias negativas. Parto vaginal, PN: 2215g, Apgar 8/9. Apresentava gemência e abdômen globoso, internado na neonatologia. RX: tórax hipoexpandido, pulmões sem lesões; abdômen com alças intestinais em posição central (ascite?). Equipe obstétrica entrou em contato: RX tórax materno sugestivo de TB miliar. Eco abdominal do RN: volumosa ascite, fígado e baço com dimensões aumentadas; baço com diversas áreas hipocóicas. Realizada paracentese, retirado 28ml de líquido citrino: transudato com predomínio de linfócitos. Hemograma infeccioso, iniciado Ampicilina e Gentamicina. STORCH: negativo, líquido: normal. 2ºdv: apnéias, intubado. 4ºdv: piora do hemograma- trocado ATB para Vancomicina e Amicacina. Repetiu eco abdominal: ascite, fígado com três lesões hipocóicas (microabscessos?); baço com lesões difusas. Mantido Amicacina e associado Ciprofloxacina para cobertura de TB (sem condições de medicação enteral). 5ºdv extubado e iniciado dieta. Recebido resultado do lavado gástrico: BAAR +. 6ºdv iniciado RHZ e vit B6. 10ºdv recebido PCR no líquido de ascite: + para complexo M. tuberculosis. Cultura do lavado gástrico: Micobacterium sp. Atualmente ainda em tratamento, eco abdominal com redução das lesões hepatoesplênicas. **Conclusões:** A TB deve ser sempre lembrada em nosso meio, mesmo em pacientes sem causa evidente de imunodepressão.

THE ROLE OF GLUCOSE-6-PHOSPHATE-DEHYDROGENASE DEFICIENCY IN NEONATAL JAUNDICE: A STUDY IN A NEONATAL ICU IN SOUTH BRAZIL

CLARISSA GUTIÉRREZ CARVALHO; SIMONE MARTINS CASTRO; ANA PAULA SANTIN; CARINA FOUNTOURA ZALESKI; FELIPE GUTIÉRREZ CARVALHO; ROBERTO GIUGLIANI

Literature Review: Neonatal jaundice is benign most of the times, but should be monitored because the risk of