



14º Congresso Brasileiro de
TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

II Simpósio Internacional de Terapia
Intensiva Cardiológica Pediátrica

Centro de Convenções Ulysses Guimarães
Brasília . DF . 22 a 25 de junho de 2016



Trabalhos Científicos

Título: Displasia Septo-Óptica: Relato De Caso

Autores: MARIANA GRIEBELER ROCKENBACH (HOSPITAL INFANTIL JESER AMARANTE FARIA); CAROLINA ELISA FROLDI VIEIRA (HOSPITAL INFANTIL JESER AMARANTE FARIA); TUANNY MEOTTI (HOSPITAL INFANTIL JESER AMARANTE FARIA); GUSTAVO DE OLIVEIRA BERNARDO (HOSPITAL INFANTIL JESER AMARANTE FARIA); LAURA LIMA PIMENTEL GOLLO (HOSPITAL INFANTIL JESER AMARANTE FARIA); ANA CAROLINA MELLO (HOSPITAL INFANTIL JESER AMARANTE FARIA); ARTUR RICARDO WENDHAUSEN (HOSPITAL INFANTIL JESER AMARANTE FARIA)

Resumo: Introdução: Displasia septo-óptica é caracterizada pela hipoplasia do nervo óptico, juntamente a disgenesia ou ausência do septo pelúcido, com ou sem agenesia de corpo caloso. Em quase dois terços dos casos há disfunção hipotalâmico-hipofisário associada, com deficiências de hormônios da hipófise anterior levando a nanismo, hipotireoidismo, diabetes insípido, hipocortisolemia e hiperprolactinemia. Descrição do caso: DCR, 3 meses, masculino, nascido a termo via vaginal, APGAR 8/9 e peso 3.540g, desde então com icterícia em zona 3 de Krammer e convulsão tônico-clônica associada ao quadro de hipoglicemia de difícil controle e nistagmo persistente. Alta da UTI Neonatal após 5 dias de fototerapia, com bilirrubina elevada às custas da fração indireta, e iniciado investigação clínica. Reinternado em UTI-P devido a Hipoglicemia de difícil controle. Laboratório com aumento de enzimas hepáticas, hiperbilirrubinemia progressivamente maior (agora às custas da fração direta), sorologias não reagentes, sem incompatibilidade ABO ou Rh, G6PD e alfa-1-antitripsina normais, eletroforese de proteínas sem alterações. Nistagmo bilateral e Icterícia ao Exame Físico. Colangioproressonância sem particularidades, achado sugestivo de agenesia de septo pelúcido em Tomografia computadorizada de crânio, confirmado posteriormente com a Ressonância magnética. Também foi evidenciado um quadro de pan-hipopituitarismo, com IGF1 baixo, ACTH limítrofe, T4 livre baixo com TSH normal, fosfatase alcalina elevada, e, em vigência de hipoglicemia, dosagem de hormônio do crescimento, insulina e cortisol matinal baixos. No momento mantendo glicemias estáveis a nível domiciliar, em uso de Levotiroxina, Hidrocortisona e GH. Comentários: Este caso denota a importância da investigação e diagnóstico adequados para boa evolução clínica do paciente.