



7 A 9 DE
DEZEMBRO

Minascentro
Av. Augusto de Lima, 785 - Centro, Belo Horizonte - MG



Trabalhos Científicos

Título: Diabetes Mellitus Neonatal Em Lactente: Relato De Caso

Autores: LAURA CRISTINA FERREIRA PEREIRA (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), ROBERTA KELLY MENEZES MACIEL FALLEIROS (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), EDUARDO JOSÉ FERREIRA SALES (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), FERNANDA GUIMARÃES DE ALENCASTRO (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), RAFAELLA KUMAZAWA MORAIS (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), ANA LUIZA CAMARGO PINTO (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), VERONICA RACHEL CUNHA KERSTING (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), SAMANTHA ARNAUT OLIVEIRA MENDES (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), ANA PAULA DA CUNHA PANIS (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), BIANCA ROCHA DE AGUIAR (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA)

Resumo: O Diabetes Mellitus (DM) Neonatal é definido como a presença de hiperglicemia com necessidade de insulina, iniciada até 6-12 meses de vida, sem outra causa associada. Trata-se de distúrbio metabólico raro, porém grave, devendo ser identificado precocemente. Descrever o caso clínico de uma lactente diagnosticada com DM Neonatal no 45º dia de vida. Após assinatura de TCLE pelo responsável legal, coletados dados do prontuário eletrônico referente à história do diagnóstico e seguimento. Paciente, sexo feminino, nascida a termo por cesariana devido CIUR, PN 2260g, com diagnóstico prévio de colelitíase, diagnosticada ao nascimento, em uso de ursacol. Deu entrada no PS de pediatria, com 1 mês e 13 dias de vida, com quadro de hipoatividade, palidez e gemência, à avaliação, estava em mal estado geral, gravemente desidratada, cianótica, dispneica, gemente, taquicárdica. Gasometria venosa indicou acidose metabólica grave (pH 7,0), glicemia venosa da admissão de 839 mg/dL, sem cetonúria (descartada cetoacidose diabética). Considerado choque séptico, iniciada antibioticoterapia, indicada intubação orotraqueal, drogas vasoativas e insulina endovenosa. Foi transferida para UTIP, evoluiu com melhora dos parâmetros clínicos, foi extubada e recebeu alta para enfermaria no 4º dia, porém manteve hiperglicemias com necessidade de insulina em bomba de infusão contínua, foi, então, aventada hipótese de DM neonatal. No 10º dia de internação, iniciado hipoglicemiante oral (glibenclamida), evoluindo com bom controle glicêmico. Recebeu alta hospitalar no 20º dia, em uso de bomba de insulina (em redução gradual) e glibenclamida. Em investigação ambulatorial, teste do pezinho sem alterações, anticorpos anti-insulina, GAD e ilhota não reagentes, peptídeo C 0,727ng/mL (VR 1,1 - 4,4). Insulina suspensa após 1 mês do início da glibenclamida. Última consulta ambulatorial em Fevereiro/2022, na ocasião, ainda em redução gradativa da Glibenclamida. Pais perderam seguimento com unidade. O DM neonatal é uma entidade rara, de etiologia não auto-imune e caráter genético heterogêneo (alteração no locus 6q24, mutações dos genes ABCC8 ou KCNJ11 ou no gene da insulina - INS), comumente associada a malformação do pâncreas ou função anormal das células 946,-pancreáticas. Clinicamente, se apresenta em lactentes com hiperglicemia e hipoinsulinemia, podendo se associar a baixo peso ao nascer e sintomas diabéticos clássicos (poliúria, polidipsia, desidratação, glicosúria) ou com complicações, como acidose metabólica. O quadro é transitório em 50-60% das vezes, tendo seu início mais precoce e remissão em poucos meses. O seguimento prolongado com perfil glicêmico, associado ao diagnóstico genético específico, é primordial para avaliar prognóstico e investigar eventuais alterações neuromusculares e de neurodesenvolvimento e o prognóstico. Sabe-se, também, que o uso oral de sulfonilureias ajuda no controle metabólico e reduz sequelas neurológicas.