

Trabalhos Científicos

Título: Hipotireoidismo Grave Mimetizando Insuficiências Respiratória E Renal

Autores: Introdução: O hipotireoidismo é a endocrinopatia mais frequente em pediatria e a tireoidite de Hashimoto é a principal causa de hipotireoidismo adquirido em criança e adolescentes, com prevalência na infância de 1 a 2%, e predomínio no sexo feminino. O diagnóstico precoce é importante para evitar atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, bem como comprometimento estatural e atraso puberal. Objetivos: Descrever o relato de caso de um adolescente com hipotireoidismo adquirido grave, secundário a tireoidite de Hashimoto, mimetizando insuficiências respiratória e renal. Metodologia: Resultados: Adolescente masculino, nascido de PSNV, a termo, PN: 3.000 g, CN: desconhecido, testes de triagem neonatal normais, com história familiar positiva para tireoideopatias, pais consanguíneos (primos de 2º grau). Aos 11 anos e 4 meses apresentou vômito, desconforto respiratório, palidez e cianose de extremidades. Admitido no hospital da cidade de origem com hipoxemia, que melhorou após oferta de oxigênio sob máscara de Venturi. Devido à suspeita de COVID-19, foi transferido, no mesmo dia, para hospital especializado em Salvador – BA, onde a suplementação de oxigênio foi retirada de forma progressiva, tendo feito uso de Tamiflu® e Azitromicina, por 5 dias. PCR para COVID-19 foi negativo. Durante o internamento, foi observado que o paciente tinha baixa estatura, com idade óssea de 5 anos na idade cronológica de 11 anos. Além disso, foram detectados: anemia, miopatia e aumento progressivo dos níveis séricos de ureia e creatinina. Anamnese específica para hipotireoidismo mostrou: (i) relato de constipação intestinal crônica, (ii) atraso do crescimento, (iii) pele pálida, seca, áspera e amarelada, (iv) diminuição do apetite, (v) anemia (tratada com sulfato ferroso) e (vi) duas tias maternas com tireoidopatia. Principais exames realizados no internamento: Hb: 8,8 g/dL, Ht: 25%, VGM: 82,2, HGM: 28,9. Leucócitos: 9.900 (diferencial não descrito). Plaquetas: 200.000, Ureia: 44 mg/dL (15-45), Creatinina: 1,6 mg/dL (0,7-1,1), Sódio: 135 mEq/L (135-145), Potássio: 4,9 mEq/L (3,5-5,5), TSH: 150 uUI/mL (0,67-4,16), T4L: 0,64 ng/dL (1,06-1,64), AAT: 205,7 UI/mL (

Resumo: KEZIA MACIEL (UFBA), AMANDA RANGEL (UFBA), NICOLE CRUZ DE SÁ (UFBA), JULIA CONSTANÇA FERNANDES (UFBA), CRESIO ALVES (UFBA)