

Trabalhos Científicos

Título: Síndrome De Turner E Transtorno Do Espectro Autista: Escorbuto Como Alerta Clínico

Autores: Introdução: o escorbuto é gerado pela deficiência de vitamina C cuja prevalência vem aumentando, sobretudo em pacientes com transtorno do espectro autista (TEA), condição que pode estar associada à síndrome de Turner (ST). Objetivos: Descrição do caso: paciente do sexo feminino, 10 anos, com TEA e ST, cariótipo 45,X0, crescimento adequado, em uso de risperidona, com quadro de claudicação que evoluiu com equimoses em fossas poplíteas, parada de deambulação, inapetência, palidez, perda ponderal, febre e lipotímia. Na investigação apresentou: anemia com necessidade de transfusão de concentrado de hemácias, proteína C reativa (PCR) e velocidade de hemossedimentação (VHS) elevadas, sem infecção evidente, ecocardiograma com comunicação interatrial pequena, angiotomografia computadorizada de tórax, abdome e pelve, sem sinais de dissecação da aorta, ultrassonografia de abdome com achados hepáticos inespecíficos e a dos joelhos com hematoma, análise de lâmina de sangue periférico que afastou neoplasias hematológicas. Diante deste quadro e do relato de seletividade alimentar, após exclusão de outros diagnósticos, iniciou-se tratamento empírico para escorbuto com 500 mg/dia de vitamina C. Após 1 semana houve melhora importante das equimoses e do estado geral. Na terceira semana de reposição, recuperou a marcha, mantendo apenas claudicação leve, mas com exame físico normal e em processo de recuperação ponderal, sendo mantida a suplementação por ora. As radiografias de membros inferiores (MMII), inicialmente prejudicadas por a paciente não conseguia estender os MMII devido a dor, quando repetidas em vigência do tratamento evidenciaram linhas densas abaixo da fise em ambos os joelhos (linhas de Frankel). Metodologia: Resultados: Conclusão: Discussão: o escorbuto pode mimetizar várias patologias, exigindo investigação minuciosa. As manifestações iniciais são inespecíficas: astenia, febre, irritabilidade e hiporexia. Na pediatria destacam-se as alterações musculoesqueléticas, sobretudo dor de MMII, claudicação e interrupção da marcha. Outros sintomas incluem gengivorragia, epistaxe, equimoses e hemorragia perifolicular. Laboratorialmente, pode haver aumento de VHS e PCR, anemia e deficiência de vitamina D. Alterações radiológicas como as linhas de Frankel são muito sugestivas, mas pouco sensíveis, não sendo obrigatórias. A dosagem sérica de vitamina C é o padrão ouro de diagnóstico, mas o tratamento empírico com doses de 100mg a 1000mg/dia de vitamina C é aceitável se quadro clínico sugestivo. A resposta clínica ocorre geralmente em até 1 mês, podendo ser necessário prolongar a reposição até que haja resolução completa dos sintomas. A ST é causada por uma alteração cromossômica e pode associar-se a quadros neuropsiquiátricos, incluindo o TEA, condição esta que aumenta o risco de seletividade alimentar e deficiências nutricionais. Conclusão: o escorbuto deve ser considerado em quadros musculoesqueléticos ou hemorrágicos sem causa evidente, sobretudo na presença de fatores como TEA e seletividade alimentar.

Resumo: MARÍLIA MARTINS GUIMARÃES (IPPMG/UFRJ), ISLA AGUIAR PAIVA (IPPMG/UFRJ), KARINNE CONDACK MAFORT BRANCO (IPPMG/UFRJ), LUDIMILA RIBEIRO VIEIRA (IPPMG/UFRJ), MONIQUE FRANK DE VASCONCELOS (IPPMG/UFRJ), ADRIANA RODRIGUES FONSECA (IPPMG/UFRJ), VITÓRIA SANTOS MALHEIROS DE ARAÚJO (IPPMG/UFRJ), JULIANA MARIA MIKALOSKI PENEDO (IPPMG/UFRJ), CLARA VASCONCELOS ORLANDI (IPPMG/UFRJ), MARCELA ARRUDA KARL (IPPMG/UFRJ)