

## Trabalhos Científicos

**Título:** Manejo Clínico Precoce Em Lactente Portador De Hiperplasia Adrenal Congênita Perdedora De Sal Com Crise Adrenal Grave: Um Relato De Caso

**Autores:** Introdução: A Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC) é uma condição genética rara e potencialmente fatal, podendo se manifestar nos primeiros dias de vida. A forma perdedora de sal pode evoluir rapidamente com crises adrenais graves, com hiponatremia, hipercalemia e risco de choque. Este relato documenta a evolução aguda de um lactente com HAC, evidenciando o diagnóstico precoce, junto à intervenção clínica imediata, como determinantes de sobrevida e estabilidade do paciente, reforçando a importância do rastreamento neonatal e do controle clínico frente a distúrbios eletrolíticos graves. Objetivos: Paciente masculino, 18 dias de idade, nascido de cesárea a termo (40 semanas, 3090g), encaminhado ao PSI em 27/03/2025 após sintomas de hiponatremia e hipercalemia no dia anterior, com exames laboratoriais: testo 57 ng/dL, ACTH 21 pg/ml, aldosterona 32 ng/dL, androstenediona 10ng/ml, sódio 114 mEq/L e potássio 9,1 mEq/L. Antecedente de teste do pezinho alterado, sendo levantada a suspeita de HAC. No exame físico, encontrava-se em regular estado geral, corado, desidratado +/4+, afebril, sem desconforto respiratório. Sinais vitais: FC 141 bpm, FR 43 irpm, SatO<sub>2</sub> 92%, PA 88x50 mmHg, T 36,6 °C. Demais sistemas sem alterações. Prescrito hidrocortisona EV em dose de ataque 100mg/m<sup>2</sup> em bolus e manutenção de 50mg/m<sup>2</sup> de 6/6 horas, associada a prednisolona oral (2 gotas de 11mg/mL, 1-0-1). Realizada correção hidroeletrolítica com NaCl 20% em SG 5% (12mEq/24hrs), administrado 20mL em 30 min e 20mL em 24h e correção de potássio por gluconato de cálcio 0,5mL/kg, bicarbonato de sódio 1mEq/kg e furosemida 1mg/kg. Exames seriados mostraram melhora: 31/03 (Na 133 mEq/L, K 4,7 mEq/L), 01/04 (Na 135 mEq/L, K 4,7 mEq/L), 02/04 (Na 137 mEq/L, K 5,1 mEq/L), 03/04 (Na 141 mEq/L, K 4,6 mEq/L) e 10/07 (testo 19.9 ng/dL, ACTH 74 pg/ml, aldosterona 2.6 ng/dL, androstenediona 0.3ng/ml). A conduta posterior incluiu a suplementação oral com NaCl 10mEq/dia (2g) fracionado entre as mamadas e administração de dose dobrada de hidrocortisona oral (25mg/m<sup>2</sup>/dia) até aquisição de fludrocortisona 0,1mg. Paciente recebeu alta no dia 04/04. Atualmente estável, com seguimento em ambulatório de endocrinologia pediátrica e com manejo terapêutico adequado, faz uso de Hidrocortisona (4mg/dia) e Fludrocortisona (150mcg/dia). Metodologia: Resultados: A hidrocortisona em dose de ataque e manutenção foi essencial para reposicionar cortisol e aldosterona. Destaca-se a importância do rastreamento neonatal em crianças sem alterações genitais visíveis e do manejo imediato da hipercalemia grave, devido ao risco de arritmia. O prognóstico depende da adesão ao tratamento e do ajuste das doses em situações de estresse, exigindo seguimento especializado contínuo. Conclusão: Conclui-se que a HAC com perda de sal é uma emergência neonatal, sendo o diagnóstico precoce, a intervenção rápida com glicocorticoides e correção hidroeletrolítica cruciais para a evolução favorável, ressaltando a importância do rastreamento neonatal e do acompanhamento contínuo.

**Resumo:** GUSTAVO KAMIMURA MARTINS DA SILVA (FACULDADE SANTA MARCELINA), GABRIELA LARES CELESTINO DA SILVA (FACULDADE SANTA MARCELINA), LUCAS RIZZO MARQUES (FACULDADE SANTA MARCELINA), BEATRIZ GONÇALVES GUGEL (FACULDADE SANTA MARCELINA), LUÍSA SANT'ANNA DE FARIA (FACULDADE SANTA MARCELINA), GIOVANNA ROMEIRO CORSI FINGER (FACULDADE SANTA MARCELINA), EDUARDO TEÓFILO DE ALMEIDA (FACULDADE SANTA MARCELINA), MICHELLE PATROCÍNIO ROCHA (FACULDADE SANTA MARCELINA)