



21 A 23 DE MARÇO
DE 2024
TEATRO FACISA
CAMPINA GRANDE - PB



Trabalhos Científicos

Título: Síndrome De Bartter: Relato De Caso.

Autores: NATÁLIA BARRETO MORAIS FERNANDES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), DIEGO DA SILVA MENEZES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), BEATRIZ GOERSCH FROTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), KAUANNY DIAS BATISTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), BEATRIZ LIBERATO DE SOUSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), ARTHUR ARAÚJO LOPES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), PEDRO NATAN DINIZ GOMES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), ANA RAQUEL DOS SANTOS SAMPAIO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), ANA CAROLLYNE PONTES RIBEIRO COSTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), ANA ÉLIDA NOGUEIRA SOUZA (HOSPITAL REGIONAL NORTE - SOBRAL)

Resumo: A Síndrome de Bartter (SB) é uma doença renal hereditária rara, caracterizada por defeitos no transporte de íons nos túbulos renais, acometendo a reabsorção de cloreto de sódio na alça de Henle e ocasionando disfunções eletrolíticas e metabólicas. Tal condição é clinicamente heterogênea e pode desencadear distúrbios de crescimento, alterações neuromusculares, arritmias cardíacas, adinamia e irritabilidade."Paciente do sexo masculino, 2 meses, nascido de parto normal, a termo e sem intercorrências. Deu entrada no hospital de origem, acompanhado da mãe, apresentando choro intenso. Evoluiu com perda da consciência e ausência de resposta a estímulos. O episódio foi caracterizado como uma convulsão, sendo administrados Ceftriaxona e Fenobarbital. A mãe relata que o paciente estava afebril e nega histórico familiar de epilepsia. O lactente foi transferido para um Hospital de Referência da Região Norte do Ceará. Ao exame físico, apresentava bom estado geral, afebril, sem alterações na ausculta cardiopulmonar e no exame abdominal; a fontanela estava levemente rebaixada. Os exames laboratoriais demonstravam hipocalemia, hipocalcemia e hiponatremia. A tomografia computadorizada de crânio não evidenciou alterações. Durante a internação, não houve crises semelhantes, contudo, havia persistência de hipocalemia e hiponatremia. Foi realizada reposição de potássio e hidratação. O lactente recebeu alta em uso de espironolactona e indometacina. A hipótese diagnóstica de SB foi considerada e o encaminhamento ao nefrologista pediátrico foi solicitado. Atualmente, o paciente tem 7 anos e a SB foi confirmada, sendo acompanhado em serviço especializado. Persiste no uso de espironolactona e indometacina. A criança permanece com histórico de internações recorrentes no Hospital da Região, devido à hipocalemia associada ao uso inadequado das medicações prescritas, principalmente, durante episódios infecciosos comuns da infância."""Discussão: Existem diversas variantes genéticas da SB, com diferentes apresentações clínicas. Com isso, as múltiplas manifestações, a raridade da condição e os sintomas inespecíficos contribuem para o seu subdiagnóstico. O diagnóstico da SB é baseado em achados clínicos, níveis séricos de eletrólitos e em sumário de urina. Diferenciar SB e Síndrome de Gitelman é importante, pois embora sejam semelhantes, a etiologia e o tratamento são distintos. Na SB, o tratamento consiste na correção dos distúrbios eletrolíticos e metabólicos e na prevenção de complicações relacionadas à desidratação e ao desequilíbrio eletrolítico. Os pacientes frequentemente necessitam de suplementação de potássio, magnésio e anti-inflamatórios não esteroides. Conclusão: Evidencia-se a necessidade da avaliação cuidadosa dos eletrólitos e do quadro clínico para diagnóstico precoce e tratamento oportuno da doença, a fim de prevenir graves complicações. Ademais, a raridade da síndrome e a carência de estudos atuais conferem desafios para o diagnóstico e manejo do quadro.