



## Trabalhos Científicos

**Título:** Meningite Por Neisseria Meningitidis Tipo B Em Recém-Nascido Com Evolução Para Encefalopatia Hipóxico-Isquêmica E Diabetes Insipidus Central

**Autores:** MARIA GABRIELA PANIZ BACEDO (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), EDUARDA SONDA DE GODOY (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), CRISTINA LOCATELLI BARCAROL (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), GABRIEL AMARAL STANGHERLINI (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), HELENA CASAGRANDE KUZLI (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), LUCIANE BOEIRA AMARAL (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), JAQUELINE DE LIMA PAIM (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), CLARA SALLES BIAVASCHI (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), GUSTAVO SONDA DE GODOY (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), GABRIEL WIRTTI BALBINOTTI (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), ENZO MOTTA MENDONÇA (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), VANDREA CARLA DE SOUZA (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL)

**Resumo:** Introdução: A diabetes insipidus central (DIC), definida como deficiência do hormônio arginina vasopressina (AVP), decorre da diminuição na síntese ou secreção hipotalâmica/hipofisária, resultando em poliúria e incapacidade de concentrar a urina frente ao aumento da osmolalidade plasmática. Sua causas incluem neurocirurgia ou trauma, causa autoimune, neoplasias, defeitos genéticos, alterações vasculares e, mais raramente, infecções. Nestes casos, neonatos e crianças podem desenvolver DIC como complicaçāo de meningite bacteriana. Relata-se aqui, um recém-nascido com meningite por *Neisseria meningitidis* que evoluiu com DIC, abordando diagnóstico, manejo e tratamento.   
Objetivos: Recém-nascido de 16 dias apresentou quadro de sepse grave e o exame de líquor revelou 178 células/mm<sup>3</sup> (60% neutrófilos), proteínas de 239 mg/dL e glicose de 2 mg/dL. Tinha histórico de contato com *Neisseria meningitidis* tipo B pelo irmão, confirmada também no cultural de líquor. Evoluiu com necessidade de suporte intensivo, crises convulsivas e alterações neurológicas. Durante a internação, apresentou hipernatremia persistente (variação de sódio de 157 à 165 mEq/L), osmolaridade sérica de 328 mOsm/Kg, poliúria (7,4 ml/Kg/h), baixa densidade urinária (D.U., 1,002) e osmolaridade urinária de 126 mOsm/Kg. O teste terapêutico com desmopressina confirmou o diagnóstico de DIC. Após 2 horas da infusão de desmopressina 5mcg intranasal, a DU elevou para 1,047, o débito urinário reduziu para 2,3 ml/Kg/h. Nas horas subsequentes o sódio sérico foi reduzido até 149 mEq/L. A tomografia de crânio revelou extensas lesões hipóxico-isquêmicas, ventriculomegalia e sinais sugestivos de leucomalácia periventricular.   
Metodologia:   
Resultados:   
Conclusão: Os principais sinais de DIC não tratada são poliúria, noctúria e polidipsia pela dificuldade de reposição hídrica em lactentes com limitações neurológicas. Hipernatremia grave pode evoluir com encefalopatia, enquanto outros sintomas refletem tanto a hiperosmolaridade quanto causas subjacentes como toxicidade medicamentosa ou distúrbios metabólicos. O diagnóstico requer confirmação de poliúria e resposta positiva à desmopressina, sendo recomendada investigação etiológica com exame de imagem, principalmente ressonância magnética (RNM) de hipófise, que pode evidenciar perda do sinal hiperintenso normal, associado ao estoque de AVP. O tratamento visa corrigir a poliúria, evitar a hipernatremia e manter a hidratação, sendo a desmopressina o medicamento de escolha, associada a orientações dietéticas em casos selecionados. Este caso reforça a meningite bacteriana como causa rara de DIC em neonatos e destaca a importância do reconhecimento precoce da poliúria e da hipernatremia para o diagnóstico. A resposta clínica à desmopressina é fundamental para confirmar o quadro, permitindo intervenção rápida e redução das complicações associadas.