



3º CONGRESSO BRASILEIRO DE  
**Urgências e  
Emergências  
Pediátricas**

24 a 26 | novembro | 2022  
Hotel Windsor Oceanico  
Rio de Janeiro, RJ



## Trabalhos Científicos

**Título:** Desidratação Grave Como Primeira Manifestação Clínica De Hiperplasia Adrenal Congênita (Hac) Na Emergência

**Autores:** LENORA SANSON TEIFKE (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE), JOÃO PEDRO FAGUNDES DE CARVALHO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE), VITÓRIA MARIA FULANETTE CORRÊA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE), EDILAINE ROCHA VIEIRA DE OLIVEIRA SILVA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE), FERNANDA VASCONCELLOS VALLE DEMIDOFF (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE), MARIANA DE ALMEIDA PINTO BORGES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE), KIRA MEDON SANTOS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE), CRISTINE BARBOZA BELTRÃO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE), FABIO CHAVES CARDOSO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE), CÁSSIA FREIRE VAZ (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE)

**Resumo:** Introdução No Brasil, a incidência da hiperplasia adrenal congênita (HAC) varia de 1:10.000 a 1:18.000 nascidos vivos e o teste do pezinho é o seu exame de triagem. Este relato objetiva elevar a suspeição diagnóstica desta doença rara em neonatos na emergência, visto que o diagnóstico de lactentes masculinos muitas vezes ocorre nessas unidades. Descrição do Caso Recém-nascido a termo, masculino, nascido com 3200g, em protocolo por exposição vertical ao vírus da imunodeficiência (HIV), trazido à unidade de pronto-atendimento no 19º dia de vida com queixa de vômitos, recusa alimentar e diminuição da diurese. Ao exame apresentava-se com perda ponderal significativa (11% do peso de nascimento), desidratação grave, taquipneia e perfusão lentificada. Foi internado e submetido à expansão volêmica e exames que evidenciaram acidose metabólica, hiponatremia e hipercalemia. Diante do quadro clínico, foi aventada a hipótese diagnóstica de HAC e feito diagnóstico diferencial com sepse neonatal. Ambas as hipóteses foram tratadas imediatamente devido à instabilidade do paciente. Continuada a investigação diagnóstica, constatou-se 17OH-progesterona elevada na triagem neonatal. Foi tratado com reposição de citrato de sódio, hidrocortisona e fludrocortisona, apresentando progressiva resolução do distúrbio hidroeletrolítico presente à admissão. Diagnosticado com HAC através de exames confirmatórios, recebeu alta em uso de hidrocortisona e citrato de sódio e acompanhamento por endocrinologista pediátrico. Discussão A HAC manifesta-se no período neonatal na forma viralizante simples ou perdedora de sal, que habitualmente ocorre entre o 8º e 15º dia de vida, com perda ponderal seguida de desidratação hiponatrêmica e potencial evolução para choque hipovolêmico. Neonatos masculinos podem não apresentar sinais patológicos ao nascimento, com suspeição diagnóstica apenas em serviços de urgência, necessitando de reconhecimento e manejo rápidos para evitar desfecho fatal. Conclusão O diagnóstico diferencial de HAC deve ser considerado em lactentes jovens apresentando desidratação na emergência, com atenção especial aos do sexo masculino, na vigência de distúrbio hidroeletrolítico grave e vômitos.