



36^º CONGRESSO BRASILEIRO DE
PEDIATRIA
O olhar que prepara para o Futuro



Trabalhos Científicos

Título: Síndrome Perderora De Sal: Relato De Caso

Autores: VANESSA OLIVEIRA DUARTE (HOSPITAL MATERNO-INFANTIL DR. JESER AMARANTE FARIA); ARTUR RICARDO WENDHAUSEN (HOSPITAL MATERNO-INFANTIL DR. JESER AMARANTE FARIA); CAROLINA CECILIA COELHO (HOSPITAL MATERNO-INFANTIL DR. JESER AMARANTE FARIA); KAROLIN CRISTINE AUERHAHN MILBRATZ (HOSPITAL MATERNO-INFANTIL DR. JESER AMARANTE FARIA); MARIANA PARIZOTTO MORAES (HOSPITAL MATERNO-INFANTIL DR. JESER AMARANTE FARIA)

Resumo: INTRODUÇÃO Hiponatremia, definida como concentração sérica de sódio menor que 130mg/dl, é um distúrbio hidroeletrólítico comum em pacientes graves. Dentre as causas de hiponatremia no período neonatal primeiramente deve-se excluir a hiperplasia adrenal congênita (HAC), a qual constitui uma urgência. Relatamos um caso de síndrome perdedora de sal no período neonatal. DESCRIÇÃO DO CASO MMR, 18 dias de vida, com uretrohidronefrose severa bilateral, e vesicostomia por válvula de uretra posterior no 8o. dia de vida, foi internado por quadro sepse urinária e crise perderora de sal - desidratação grave, hiponatremia (Na 131mmol/L; vr:134-146), hiperpotassemia (K 6,6mmol/L; vr 3,9-5,9), além de disfunção renal (Creatinina: 1,7mg/dL; vr:0,3-1,0) e relato familiar de alteração em teste do pezinho. Realizado dosagem sérico de 17-OH-progesterona (17OHP): 4,95 ng/mL (0,13-1,73). Aguardando o resultado da coleta de triagem de 17OHP e pela suspeita de HAC, iniciou corticoterapia e após melhora clínica, e resultado normal da coleta da triagem de 17OHP (1,7; vr: 15-40ng/mL) excluiu-se HAC e suspendeu-se hidrocortisona e fludrocortisona. O paciente manteve-se sem alteração eletrolíticas, recebendo alta para acompanhamento ambulatorial. DISCUSSÃO DO CASO A HAC na forma perdedora de sal manifesta-se nos primeiros dias de vida e pode cursar com crise adrenal (desidratação, hipotensão, hiponatremia e hiperpotassemia). Dentre os diagnósticos diferenciais de perda renal de sódio estão imaturidade tubulo-renal, uropatias obstrutivas, nefrite tubulointersticial, variante de Bartter neonatal, IRA, e medicamentosos. Neste caso, os valores de 17OHP seriados mantiveram-se menores que 10 ng/mL excluindo-se HAC, e diante dos achados clínicos de sepse e insuficiência pré-renal, a suspeita mais provável foi de perda de sal por nefropatia obstrutiva ou nefrite tubulointersticial pela infecção. CONCLUSÃO Diante de um quadro de hiponatremia deve-se atentar para os diagnósticos diferenciais de forma ampla, porém, imediatamente pesquisar HAC, que caracteriza-se como uma urgência e necessita de corticoterapia precoce até confirmação laboratorial.