



Trabalhos Científicos

Título: Diabetes Insipidus Nefrogênico Em Recém Nascido Prematuro - Relato De Caso

Autores: MAYARA CARVALHO FORTES (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN); ISABELA CAPISTRANO PINTO (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN); MARIA BEATRIZ RABELO MACIEL (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN); ANA PAULA RODRIGUES SALGUEIRO (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN); VERLENE DE ARAÚJO VERDIANO (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN); FERNANDO ANTONIO BARBOSA BENEVIDES (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN); CRISTIANE NOBRE DA SILVA (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN); ANA NERY MELO CAVALVANTE (HOSPITAL DISTRITAL GONZAGA MOTA DE MESSEJANA); MARIA EDUARDA PIRES DE MOURA (HOSPITAL REGIONAL DA UNIMED); DEBORA CABRAL COUTINHO (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN); CARINA MARQUES BARROSO (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN); SANDRA REGINA GEROLDO (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN); AMANDA ANDRADE AGUIAR (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN)

Resumo: Introdução: Diabetes insipidus (DI) é causado pela deficiência de hormônio antidiurético (ADH). Causa poliúria devido a incapacidade renal de reabsorver apropriadamente água nos túbulos renais. Pode ser central (DIC), renal/nefrogênico (DIR), polidipsia primária (psicogênica ou dipsogênica) ou gestacional. Descrição do caso: Recém-nascido prematuro, masculino, 35 semanas, 2160g, 43cm de comprimento. Apresentou desconforto respiratório precoce e icterícia, usou Cpap nasal e realizou fototerapia. Com nove dias, apresentou apnéias, iniciou caféina e retornou para cpap nasal. Detectada infecção neonatal tardia, iniciou antibioticoterapia. Aos quatorze dias, apresentou convulsão tonico-clônico generalizada e iniciou fenobarbital. Exames mostraram líquido e ultrassom transfontanelar sem alterações, entretanto, hipernatremia importante (sódio sérico: 170mEq/L). Realizou-se correção de déficit de água livre, mas houve retorno da hipernatremia após e foi constatada poliúria importante, além de aumento da osmolaridade sérica. Assim, aventou-se hipótese diagnóstica de DI. Durante internação, apresentou outros quadros de apnéia, sepse bacteriana e fúngica. Necessitou de ventilação mecânica invasiva e hemotransfusões devido anemia e plaquetopenia importantes. Manteve investigação para DI e para panhipopituitarismo neonatal com dosagens hormonais e ressonância magnética de crânio (normal). Indicou-se administrar agonista do hormônio antidiurético (DDAVP) para confirmar hipótese de DIC (neurogênico). Entretanto, houve piora com sódio sérico chegando a 181mEq/L. Dessa forma, iniciou-se novo ciclo de correção de déficit de água livre e foi indicado teste terapêutico com hidroclorotiazida, quando houve boa resposta e foi confirmado diagnóstico de DIR. Discussão: Se osmolaridade urinária baixa em relação à osmolaridade plasmática, como consequência do aumento da concentração de sódio no sangue, deve-se administrar DDAVP, se resposta renal com volume urinário reduzido e aumento da osmolaridade, diagnostica-se DIC. Se resposta renal subnormal, diagnostica-se DIR. Conclusão: Não existe tratamento completamente eficaz para a forma hereditária do DIR. Dessa forma, o principal objetivo terapêutico se torna reduzir sinais e sintomas, descritos nesse relato pelo quadro com características neurológicas.