



**22 A 26**  
**DE OUTUBRO**  
**DE 2024**  
FLORIANÓPOLIS - SC



## Trabalhos Científicos

**Título:** Hiperinsulinismo Congênito - Relato De Caso

**Autores:** LAURA CRISTINA FERREIRA PEREIRA (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), RENATO RESENDE MUNDIM (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), RAFAELLA KUMAZAWA MORAIS (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), FERNANDA GUIMARÃES DE ALENCASTRO (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), EDUARDO JOSÉ FERREIRA CASTRO (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), ANA LUIZA CAMARGO PINTO (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), VERÔNICA RACHEL CUNHA KERSTING (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), SAMANTHA ARNAUT OLIVEIRA MENDES (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), ANA PAULA DA CUNHA PANIS (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), BIANCA ROCHA DE AGUIAR (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), HELOISE FERNANDES DA SILVA BASTOS (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA)

**Resumo:** A hipoglicemia neonatal é o distúrbio metabólico mais comum na neonatologia, sendo o hiperinsulinismo congênito (HC) a principal causa de hipoglicemia severa e persistente. É necessário diagnóstico precoce para iniciar tratamento adequado. Recém-nascido (RN), masculino, nascido em hospital particular, termo (38 semanas), grande para idade gestacional, macrossômico (peso de nascimento: 4785 gramas), Apgar 2/7/8, apresentando episódios frequentes de hipoglicemia (glicemia capilar mínima de 21 mg/dL) severa e refratária a infusão de glicose endovenosa contínua (chegando a uma taxa de infusão de glicose de 15), push de glicose a 50%, glucagon (3 mcg/kg/h), hidrocortisona (10 mg/kg/dia) e octreotide (1 mcg/kg/h). Aventada a hipótese de erro inato do metabolismo ou Síndrome macrossômica, realizado teste genético da bochechinha e CGH array, sem alterações. Foram realizadas dosagens séricas em amostra crítica: glicose (26mg/dL), cortisol (13,6mg/dL), hormônio de crescimento (18,43mg/dL), peptídeo C (4,7mg/dL), insulina (32,5mg/dL), amônia (56,1 mg/dL) e gasometria venosa (pH 7,38 pCO<sub>2</sub> 43 HCO<sub>3</sub> 25,4 BE 0,2 pO<sub>2</sub> 32 SO<sub>2</sub> 60 Lactato 25), e coletada urina para estudo de achados e sedimentos urinários (sem alterações), sendo firmado o diagnóstico de hipoglicemia secundária por HC após 2 meses de internação. Manteve hipoglicemias refratárias, chegando a utilizar octreotide na dose de 25 mcg/kg/h. Realizou gastrostomia aos 5 meses para melhor aporte nutricional. Além de necessitar de funduplicatura e pilorotomia aos 7 meses devido doença do refluxo gastroesofágico refratário ao tratamento clínico com omeprazol. Optado por substituir medicação por diazóxido na dose de 25mg/kg/dose. Transferido com 8 meses para hospital público por possuir especialista, endocrinopediatra, após treinamento da família e redução das frequências da hipoglicemias (máximo de 2 episódios diários), recebeu alta hospitalar e orientação para seguir ambulatorialmente. Aos 1 ano e 4 meses, devido retorno da refratariedade das hipoglicemias, foi indicada pancreatectomia parcial. O HC é a causa mais frequente de hipoglicemia persistente no recém-nascido. Nela ocorre a secreção de insulina pelas células beta pancreáticas independentemente da quantidade de glicose sérica, resultando na remoção rápida desta do sangue para os tecidos, produzindo hipoglicemia por hiperinsulinemia. Como demonstrado na literatura, o diagnóstico não foi imediato, sendo iniciado tratamento adequado, mas tardio, possibilitando sequelas neurológicas. O HC é um diagnóstico de difícil reconhecimento devido aos sinais e sintomas muito inespecíficos como demonstrado no caso supracitado, sendo necessária uma abordagem sistêmica. Apresenta alta morbimortalidade, com significativo risco de convulsões hipoglicêmicas e atraso de desenvolvimento neurológico a longo prazo. Portanto, torna-se essencial o cuidado ao neonato buscando diagnóstico e intervenção precoces.