

## Trabalhos Científicos

**Título:** Encefalopatia De Wernicke Secundária A Síndrome De Realimentação Em Paciente Oncológico: Relato De Caso

**Autores:** GIULIA CAMYLA SANTOS CHIES MIRANDA (UNESP), LETÍCIA BARBOSA TOHMÉ (UNESP), DÉBORA GARCIA GASPERINI (UNESP)

**Resumo:** Encefalopatia de Wernicke (EW) e Síndrome de realimentação (SR) podem coexistir com frequência, porém na pediatria os dados são escassos. A SR é uma alteração metabólica e hidroeletrolítica com redução de um dos eletrólitos ou qualquer combinação de Fósforo, Potássio e Magnésio, com manifestação de deficiência de tiamina, iniciada horas a dias após reintrodução alimentar em um indivíduo que passou por período considerável de jejum ou desnutrição. O câncer, em particular, está consideravelmente associado ao aumento do risco dessa condição. Menino, 12 anos, masculino, portador de meduloblastoma, evolui com EW secundária à SR após introdução de nutrição parenteral (NPP). Realizou tratamento oncológico, sendo submetido a ressecção cirúrgica completa em Abril/2021. Em seguida, realizou radioterapia + Vincristina semanal, ao final, teve fraqueza de membros inferiores, secundária a neuropatia periférica pela quimioterapia (QT). Em Agosto, foi iniciado 1º ciclo de QT, evoluindo com efeitos colaterais (EC): náuseas, hiporexia, perda de peso, diarreia e palpitações. Em Outubro, realizou o 2º ciclo de QT e após, mantinha os mesmos EC, sendo descartado alterações cardíacas e classificado como risco nutricional (IMC/I: 0,72z), com indicação de suplementação nutricional. Evoluiu com pancitopenia, neutropenia febril, mucosite e tiflíte. Mantido em jejum por 48 horas e após, iniciada NPP. Com 4 dias da reintrodução alimentar, iniciou nistagmo, febre, sonolência e confusão mental, associado a parestesia e paralisia arreflexa, progredindo para estado de mal epilético. Transferido a Unidade de Terapia Intensiva, com hidantalização e intubação orotraqueal. Pós extubação e sem sedação, mantinha-se comatoso, sendo submetido a uma ressonância magnética, que evidenciou EW, de origem secundária a SR. Necessitou de reposição de tiamina e ácido fólico por 14 dias, apresentando lenta recuperação nutricional. Apesar de recuperação completa da fala, da motricidade e coordenação, manteve dificuldade de equilíbrio, deambulação, com episódios esporádicos de confusão e irritabilidade. Em jejum ou processo de restrição alimentar, entra-se em fase catabólica, favorecendo a glicogênese, queimando reserva de gordura e proteínas, com redução de peso, déficit de água, vitaminas e minerais. Segue-se a fase anabólica, com aumento da síntese proteica e da utilização de tiamina, gerando deficiência de eletrólitos, o que configura a SR. Com a diminuição de tiamina, o corpo se manifesta com hipotermia, coma, alterações cardiovasculares, além de confusão, nistagmo e encefalopatia, caracterizando a EW. A associação entre SR e EW se estabelece com ainda mais risco em pacientes oncológicos, e sua ocorrência na população pediátrica merece atenção e cuidados. Com terapia nutricional baseada em metas calóricas reduzidas, aumento lento e gradativo, e correção rigorosa de fluidos e eletrólitos, a SR pode ser prevenida, bem como o quadro de encefalopatia, prevenindo danos cerebrais irreversíveis.