

PE 247 - ESCORBUTO EM PACIENTE AUTISTA COM SELETIVIDADE ALIMENTAR GRAVE

Bruna Moreira Couto Flor¹, Maria Clara Mendes Ligorio¹, Karla Luiza Bonfanti Gheller¹, Vitória de Oliveira Damacena¹, Fernanda Saraiva Loy¹, Deborah Santana Reis¹, Alessandra Mascarenhas¹, Juliana Simon¹

1. Universidade Católica de Pelotas (UCPel).

Introdução: A doença gerada pela hipovitaminose C, chamada de Escorbuto, é rara, contudo ainda presente nos dias atuais. Causada pela baixa ingestão de alimentos cítricos, tem como principais manifestações clínicas: hematomas, sangramentos gengivais, fadiga, dores articulares, claudicação e anemia. O escorbuto ocorre, principalmente, em pacientes com transtornos alimentares graves e alergias alimentares. **Relato de caso:** Paciente, sexo masculino, 4 anos, portador do transtorno do espectro autista (TEA), não verbal, nível 3 de suporte, em uso irregular de medicações e sem acompanhamento médico adequado. Apresentava seletividade alimentar, consumindo apenas leite materno e biscoitos. Iniciou quadro de claudicação e paresia progressiva de membros inferiores. Ao exame físico, não deambulava, negava colocar os pés no chão e apresentava dor à manipulação de membros inferiores. Ao exame de oroscopia foram observados dentes sépticos, lesões inflamatórias e sangramento gengival. Foram realizados radiografia de quadril, ultrassonografia de quadril, tomografia computadorizada de coluna lombar e crânio e ressonância magnética de coluna lombo-sacra, todos sem alterações. Exames laboratoriais evidenciaram apenas anemia ferropriva. Solicitado dosagem de vitamina C sérica, devido a hipótese de escorbuto, que apresentou resultado de 0,05 mg/dL, evidenciando hipovitaminose C grave. Iniciado tratamento com Vitamina C 500 mg/dia e Sulfato Ferroso 4 mg/kg/dia, além de acompanhamento odontológico, nutricional e pediátrico. Paciente apresentou melhora progressiva do quadro e recebeu alta hospitalar. Retornou para revisão ambulatorial deambulando sem dificuldades, com exames de controle laboratorial evidenciando dosagem de vitamina C de 7 mg/dL e melhora significativa da dieta. **Discussão:** O caso descrito, demonstra que a seletividade alimentar em paciente portador de TEA deve exigir cuidados redobrados pela equipe de saúde, porém, o contexto sociocultural não garantiu o fornecimento de micronutrientes adequado e o déficit nutricional foi mascarado até o surgimento de sintomas. Destacamos a importância da história alimentar na anamnese pediátrica para prevenção e tratamento de doenças. **Conclusão:** O escorbuto é uma doença rara. Contudo, ainda deve ser considerado como possibilidade diagnóstica em crianças com alterações dietéticas e manifestações clínicas características, para que, assim, possam ser tratadas sem necessidade de intervenções e exames excessivos.

PE 248 - RELATO DE CASO: RECONHECIMENTO DE SÍNDROME DE REALIMENTAÇÃO

Giovanna Belladona Ziani¹, Andressa Daiane Ferrazza¹, Julia Adam Quevedo¹, Juliana Lucena Rizzieri¹

1. Hospital da Criança Conceição (HCC).

A síndrome de realimentação (SR) é uma complicação metabólica grave que surge após reintrodução nutricional em pacientes severamente desnutridos. Caracteriza-se por hipofosfatemia, hipocalcemia ou hipomagnesemia e pode evoluir com alterações cardíacas, respiratórias e falência de múltiplos órgãos. Paciente feminina, 11 anos, com hidranencefalia congênita, paralisia cerebral espástica, epilepsia de difícil controle, hidrocefalia sem derivação, desnutrição grave e constipação crônica. Chegou à emergência com distensão abdominal, vômitos biliosos e anúria devido à suboclusão intestinal. Apresentou boa resposta ao manejo clínico com SNG, enema e hidratação venosa, sendo encaminhada à enfermaria. Iniciou dieta enteral via sonda nasogástrica (SNG) com calorias correspondentes a taxa metabólica basal. Em casa, apesar da indicação de SNG, recebia alimentação oral em quantidade incerta. Evoluiu, 48h após reinício da dieta, com distensão abdominal, hipofosfatemia (P: 3 mg/dL) e oligúria, sugerindo SR. Radiografia de abdômen mostrou distensão difusa de alças, sendo aberta a SNG em frasco com drenagem biliosa volumosa. Iniciou-se reposição de fósforo por 3 dias, com exames seriados. Paciente apresentou melhora clínica, tolerando reintrodução lenta da dieta até atingir meta calórica após resolução da SR. A SR é uma complicação da terapia nutricional inadequada em desnutridos, cursando com hipofosfatemia, hipocalcemia e/ou hipomagnesemia nos primeiros 5 dias de realimentação. Ocorre subitamente, elevando a morbimortalidade. Assim, é necessário monitoramento rigoroso dos eletrólitos nesse período. Alterações no metabolismo da glicose e deficiência de tiamina também estão associadas, tornando necessária suplementação vitamínica para prevenir complicações neurológicas. Fatores de risco incluem desnutrição severa, jejum prolongado, aporte nutricional inadequado e paralisia cerebral. Com SR estabelecida, dieta deve ser reduzida ou suspensa, além de manejo sintomático e reposição dos eletrólitos. Após estabilização, retoma-se a dieta enteral de forma lenta e progressiva. O diagnóstico precoce e manejo adequado da SR, com dieta cautelosa, reposição gradual de nutrientes, eletrólitos e vitaminas foram essenciais para a recuperação clínica e nutricional segura. Emerge a necessidade de identificar e intervir precocemente nestas alterações.