ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS INTERNAÇÕES POR DIABETES MELLITUS EM CRIANÇAS NO SUL DO BRASIL EM 2025

Isadora Luisa Duarte da Rocha[1], Nataly Bonho Dal Toé[1], Gabriella Tomasi Dal Ponte[1], Karina Wagner Fiore[1], Josimara Luiza Parise[1], Anna Carolina Santos da Silveira[1], Flávia Vasconcellos Peixoto[1], Patrícia Vanzing da Silva[1], Eduarda Souza Teixeira Mello[1], Cristiano do Amaral De Leon[1]

1. Universidade Luterana do Brasil (ULBRA).

O diabetes mellitus decorrente da destruição das células beta pancreáticas constitui a principal doença crônica na população infantojuvenil. Observa-se que a maioria dos pacientes é diagnosticada apenas em estágios mais avançados da doença, frequentemente já na vigência de cetoacidose diabética, o que demanda atendimento hospitalar imediato. Avaliar o perfil dos pacientes pediátricos internados por diabetes mellitus no estado do Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo e descritivo, utilizando os dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) sobre as internações registradas no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) no Rio Grande do Sul no ano de 2025. A análise identificou um total de 671 casos em todo o estado no período estudado, englobando o público pediátrico nas primeiras duas décadas de vida. Observou-se importante heterogeneidade etária ao longo dos meses, com maior concentração na faixa de 10 a 14 anos (239 casos - 35,6%) e baixa ocorrência em menores de 1 ano (4 casos - 0,6%). O perfil epidemiológico evidenciou predomínio do sexo feminino, correspondendo a 55,6% dos casos (373), além de maior concentração na adolescência tardia (155 casos - 41,5%). Quanto à distribuição mensal das internações, os achados foram consistentes com a distribuição por faixa etária, destacando-se os meses de agosto e setembro como os de maior volume de casos (65 cada - 9,7%). Apesar dos avanços no diagnóstico e no manejo precoce, o diabetes mellitus ainda se configura como um relevante problema de saúde pública no estado do Rio Grande do Sul, refletindo desigualdades socioeconômicas que impactam o acesso oportuno e adequado aos serviços de saúde. A maior prevalência observada na adolescência está em consonância com a literatura, que aponta concentração dos casos em idades próximas à puberdade. Destarte, a promoção de medidas de conscientização e detecção precoce da hiperglicemia nos pacientes pediátricos é fucral para reduzir os índices de internações.

Área: Endocrinologia
PORTO ALEGRE/RS

BAIXA ESTATURA EM PEDIATRIA: REVISÃO SISTEMÁTICA DOS FATORES ETIOLÓGICOS E ABORDAGENS DIAGNÓSTICAS

Caroline Tomczak[1], Ana Carolina Strapazzon[1], Lauren de Cássia Ganacini Lima[1], Maria Antonia Orlandini[1], Michele Portella Wilhelm[1], Julia da Rosa Tochetto[1], Luana Verdi[1], Sthefania Carpenedo Concatto[1], Yohanna dos Santos Pohlmann[1], Poliana Tomczak[1]

1. Universidade de Passo Fundo (UPF).

Define-se baixa estatura como altura ≥2 desvios-padrão abaixo da média para idade e sexo. É uma queixa frequente no consultório pediátrico e pode refletir tanto causas patológicas como não patológicas. Embora geralmente benigna, pode indicar doenças subjacentes. Por isso, é essencial a realização de uma avaliação especializada, uma vez que não há consenso internacional quanto aos critérios que definem o crescimento normal e o patológico. Analisar e revisar os principais aspectos sobre a baixa estatura na literatura atual, destacando os principais desafios relacionados ao crescimento normal e patológico e o seguimento desta queixa na prática pediátrica. Este estudo trata-se de uma revisão sistemática conforme o PRISMA, com buscas nas bases PubMed e SciELO, utilizando descritores MeSH/DeCS relacionados à baixa estatura e à avaliação pediátrica. Foram incluídos estudos dos últimos 10 anos sobre causas e investigação clínica em crianças, com exclusão de duplicidades. Os estudos analisados demonstram que a baixa estatura na infância é predominantemente decorrente de variantes do crescimento normal, como baixa estatura familiar e atraso constitucional, correspondendo a cerca de 60–80% dos casos, enquanto causas patológicas representam menor proporção. Entre estas, destacam-se distúrbios endócrinos, como deficiência de hormônio do crescimento e hipotireoidismo, além de doenças crônicas, síndromes genéticas e fatores nutricionais. A avaliação baseada em curva de crescimento, velocidade de crescimento inferior a 4–5 cm/ano e análise da idade óssea mostrou-se essencial para a diferenciação diagnóstica. Observa-se ainda variabilidade nos critérios diagnósticos e na condução clínica, refletindo ausência de consenso e possível atraso na identificação de condições tratáveis. A baixa estatura é uma queixa frequente na prática pediátrica e, embora frequentemente relacionada a variantes do crescimento normal, pode representar doenças subjacentes relevantes. A avaliação sistematizada é essencial para diagnóstico precoce e adequado manejo. A ausência de padronização internacional reforça a necessidade de critérios mais uniformes para otimizar o rastreio e o seguimento dessas crianças.

Área: Endocrinologia
SEBERI/RS

CETOACIDOSE DIABÉTICA (CAD) E PRIMODIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 (DM1): UM RELATO DE CASO

Lucas Wiesbauer Pasetti[1], Ana Luiza Raupp de Andrade[2], Ana Carolina de Oliveira Ludtke[2], Caroline Borges Cervi[2], Davi Azevedo da Costa[2], Isadora Luisa Duarte da Rocha[2], Júlia Dobler[2], Tamara Marielle Castro[2], Cristiano do Amaral De Leon[2]

1. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), 2. Universidade Luterana do Brasil (ULBRA).

A DM1 é uma das doenças crônicas mais comuns durante a infância, no qual ocorre a destruição de células beta pancreáticas por autoanticorpos. Frequentemente, o diagnóstico de DM1 ocorre durante um episódio de CAD, com importante relevância em relação ao reconhecimento de sinais e sintomas e ao pronto tratamento do distúrbio. Desse modo, o seguinte relato tem como objetivo trazer um caso típico, de modo a avaliar a conduta e seguimento estabelecido para uma doença de tamanha importância. Paciente do sexo masculino, 13 anos, procura atendimento em ambulatório de endocrinologia no Hospital Universitário de Canoas encaminhado via UBS devido a diagnóstico de DM1, devido a alterações laboratoriais. Mãe refere emagrecimento de 10kg nas últimas duas semanas, além de polidipsia, poliúria e cansaço. No dia da consulta, apresentou alterações laboratoriais, HGT 253 mg/dL, pH sanguíneo 7,25 e presença de corpos cetônicos no EQU. Nesse cenário, o paciente foi internado para manejo dos sintomas, onde iniciou push de 1L de soro fisiológico. Portanto, o paciente foi encaminhado para UTI, onde foi iniciada infusão contínua de insulina, realizada correção de potássio e controle de gasometria. Dois dias após, foi introduzida dieta via oral, suspensa insulinoterapia contínua e iniciada subcutâneas, mantendo HGTs um pouco elevados mas dentro do adequado para início de tratamento,, tendo alta da internação para controle ambulatorial da doença. A CAD resulta de um conjunto de alterações clínico-laboratoriais decorrentes da insuficiente ação insulínica e da concomitante hipersecreção dos hormônios contrarreguladores da insulina em resposta a alguma situação de estresse. No caso apresentado, temos as principais apresentações clnicas e laboratoriais da doença, reforçando o diagnóstico acertado, além de uma conduta conforme diretrizes, com hidratação seguida de insulinoterapia e reposição de íons. Caso não ocorra da maneira correta, podemos ter complicações da CAD, sendo a mais temida o edema cerebral, algo que aumenta a morbimortalidade da doença. O caso apresentado é típico de um primeiro diagnóstico de DM1, sendo que a faixa etária, história clínica e alterações laboratoriais reforçam a hipótese apresentada. O reconhecimento precoce, juntamente com o tratamento adequado reduzem as complicações tardias da doença, por isso é fundamental que tais condutas possam ser replicadas em outros centros hospitalares do estado.

Área: Endocrinologia
PORTO ALEGRE /RS

COLESTASE NEONATAL COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE PAN-HIPOPITUITARISMO CONGÊNITO EM PREMATURO EXTREMO: RELATO DE CASO

Andressa da Silva Ribeiro[1], Melissa Nadal[1], Gabriela Vieira[1], Jéssica Pasquali Kasperavicius[1], Luiza Quaini Cardozo[1], Natália Madalena Vidal Carlos[1], Luiza Carla Migliavacca Pian Carla Migliavacca Pian[1], Ariany Dalmolin Pizzetti[1], Iloite Maria Scheibel[1], Taís Sica da Rocha[1]

1. Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

O pan-hipopituitarismo congênito é uma condição rara, podendo se manifestar no período neonatal com sinais inespecíficos, como colestase e instabilidade metabólica. Em prematuros extremos, a sobreposição com comorbidades frequentes dificulta o reconhecimento precoce. Lactente masculino, 4 meses, nascido com 27 semanas, pequeno para a idade gestacional, Apgar 1/2/3. Ao nascimento, apresentava cortisol sérico <1 µg/dL, TSH 1,056 µUI/mL e T4 livre 0,62 ng/dL, compatíveis com insuficiência adrenal e hipotireoidismo central. Evoluiu com hemorragia intracraniana grau IV, crises convulsivas, além de sepse precoce e tardia tratadas. Apresentou disfagia, necessitando de nutrição parenteral prolongada. Desenvolveu colestase intra-hepática associada à plaquetopenia e anemia hemolítica. A investigação evidenciou infecção por citomegalovírus, sendo realizado o tratamento com ganciclovir. Diante da persistência da colestase e alterações hormonais, confirmou-se pan-hipopituitarismo após ressonância magnética com evidência de sela túrcica parcialmente vazia e neuro-hipófise ectópica. Apresentou, ainda, doença metabólica óssea da prematuridade, com hipofosfatemia e deficiência grave de vitamina D, além de retinopatia da prematuridade. Evolui em acompanhamento multidisciplinar. A colestase neonatal pode ser manifestação de deficiência de cortisol e hormônios tireoidianos, sendo frequentemente subdiagnosticada. Neste caso, as alterações hormonais já estavam presentes no nascimento, reforçando a origem congênita. Além disso, a presença de neuro-hipófise ectópica confirma a etiologia estrutural. No entanto, em prematuros, o diagnóstico é desafiador devido à coexistência de fatores como nutrição parenteral prolongada e infecções, como a infecção por citomegalovírus, que atuou como fator confundidor, retardando a suspeita diagnóstica. Este caso reforça a importância da avaliação hormonal precoce em neonatos com evolução clínica atípica. O reconhecimento do pan-hipopituitarismo como causa de colestase é essencial para instituir tratamento adequado e reduzir a morbimortalidade.

Área: Endocrinologia
CACHOEIRINHA /RS

DESCOMPENSAÇÃO GRAVE DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 ASSOCIADA À SÍNDROME DE MAURIAC EM PACIENTE PEDIÁTRICA: RELATO DE CASO

Isadora Fagundes Sartori[1], Ana Júlia Schiavon Zanin[1], Ana Julia Suzana[1], Aline Stivanin[1], Isadora Fagundes Sartori[1], Lara Fabian de Moura[1], Letícia Taís Berres[1], Sthefania Concatto[1], Guilherme Weimer Vilanova Audino[1], Laura Araldi Durr[1]

1. Universidade de Passo Fundo (UPF).

O Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1) mal controlado pode resultar em complicações, como a Síndrome de Mauriac, uma manifestação rara em pediatria, caracterizada por hepatomegalia por deposição de glicogênio, retardo do crescimento e atraso puberal. Apesar dos avanços terapêuticos, ainda há contextos de controle glicêmico inadequado. Este relato descreve o quadro de descompensação metabólica grave em uma paciente pediátrica com a síndrome. Paciente feminina, 11 anos e 6 meses, com DM1 há 5 anos, controle glicêmico irregular, síndrome de Mauriac e lesão renal crônica, em contexto de vulnerabilidade social, apresentou hiperglicemia aguda após interrupção do uso de insulina. Foi internada e iniciada infusão contínua de insulina regular, notava-se glicosúria e cetonúria. Evoluiu com hiperglicemia persistente e piora da função renal (creatinina 0,648594,0,92 mg/dL), sendo transferida para Unidade de Terapia Intensiva. Na admissão estava estável, glicemia 273 mg/dL, com hepatomegalia e dor em hipocôndrio direito. Exames evidenciaram acidose metabólica com compensação respiratória (cetoacidose diabética em resolução), distúrbios eletrolíticos, hipoalbuminemia e leve elevação de enzimas hepáticas, sem infecção. Recebeu insulinoterapia endovenosa, reposição volêmica e monitorização intensiva, com melhora inicial, porém variabilidade glicêmica. Após estabilização, foi transferida a enfermaria, mantendo descompensações relacionadas a oferta de dieta inadequada. Instituiu-se monitorização contínua da glicemia (*Freestyle Libre*), ajuste insulinoterápico e intensificação das orientações familiares, com acompanhamento multiprofissional, evoluindo com melhora e alta hospitalar com seguimento ambulatorial. O caso evidencia complicações do DM1 descontrolado e destaca a importância do reconhecimento da Síndrome de Mauriac. O controle glicêmico é fundamental, especialmente em pacientes com lesão renal, pelo maior risco de cetoacidose diabética. O diagnóstico precoce pela tríade clássica favorece o manejo e a evolução clínica. Por fim, a descompensação do DM1 em pediatria relaciona-se à baixa adesão e vulnerabilidade social, já a Síndrome de Mauriac reflete descontrole glicêmico crônico, o qual é potencialmente reversível. Destaca-se a importância de abordagem multidisciplinar para otimização do controle metabólico e prevenção de complicações.

Área: Endocrinologia
MARAU/RS

FATORES ASSOCIADOS À PUBERDADE PRECOCE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Caroline Tomczak[1], Laura Zin[1], Michelle Portella Wilhelm[1], Yohanna dos Santos Pohlmann[1], Lauren de Cássia Ganacini Lima[1], Julia da Rosa Tochetto[1], Melissa Marchese[1], Maria Antonia Orlandini[1], Sthefania Carpenedo Concatto[1], Poliana Tomczak[2]

1. Universidade de Passo Fundo (UPF), 2. Hospital de Clínicas Ijuí (HCI).

O termo "puberdade precoce" refere-se ao início do desenvolvimento de características sexuais virilizantes antes dos 8 anos em meninas e antes dos 9 anos em meninos, resultando de ativação prematura do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal quando de causa central ou periférica, sendo gonadotrofina-independente. Pode ser atribuída a má formações congênitas, mas principalmente em meninas, tem gatilhos desconhecidos. Trata-se de uma condição considerada rara, porém, que vem gerando debates entre a comunidade científica pelo seu aumento global. Analisar e revisar os principais aspectos sobre a puberdade precoce na literatura atual, destacando os principais desafios e o seguimento na prática pediátrica. Para essa revisão de literatura, foram utilizadas como fontes bibliográficas os sites PubMed e Scielo, abrangendo artigos publicados nos últimos 10 anos relacionados ao tema e de livre acesso gratuito, através dos caracteres "precocious puberty", "early puberty" and "pediatric endocrine disorders". A literatura evidencia que, na puberdade precoce central (PPC), a etiologia idiopática é predominante no sexo feminino, enquanto no sexo masculino há a necessidade de exclusão de causas orgânicas, como lesões do sistema nervoso central. O diagnóstico baseia-se na correlação da clínica (aceleração do estadiamento de Tanner e velocidade de crescimento), avanço da idade óssea e marcadores hormonais, sendo o teste de estímulo com GnRH e a avaliação do LH basal fundamentais para diferenciar a ativação central ou periférica. Um desafio no seguimento é estratificar pacientes que se beneficiam do bloqueio puberal. Pela literatura, a intervenção medicamentosa pelos análogos de GnRH deve ser reservada para evoluções rápidas, para preservar o potencial de estatura final. A progressão lenta também exige monitoramento, muitas vezes sem intervenção farmacológica imediata. A longo prazo, o uso dos aGnRH demonstrou-se seguro e eficaz para a otimização dos desfechos na vida adulta. Diante dos fatos apresentados, infere-se que a puberdade precoce, apesar de considerada rara, apresenta grande relevância clínica. O diagnóstico adequado e a distinção entre etiologia central e periférica são essenciais para o manejo adequado dos casos. Evidencia-se ainda a dificuldade de estratificação dos pacientes que se beneficiam ou não com o uso de bloqueio puberal. Diante disso, o manejo individualizado e o acompanhamento rigoroso são fundamentais para otimizar os desfechos clínicos e psicossociais.

Área: Endocrinologia
SEBERI/RS

HIPERINSULINISMO CONGÊNITO: IMPACTO DA VULNERABILIDADE SOCIAL NA CONTINUIDADE DO TRATAMENTO – RELATO DE CASO

Isadora Duarte[1], Geisa Pessuto[1], Marina Macedo[1], Giovana Rocha[1], Maria Paula Dumoncel[1], Vitória Przyblyski[1], Angelica Dall Agnese[1]

1. Universidade Luterana do Brasil (ULBRA).

O Hiperinsulinismo Congênito (HC) é uma condição caracterizada pela secreção desenfreada de insulina pelas células beta-pancreáticas. Corresponde à principal causa de hipoglicemia persistente na infância e pode levar a complicações neurológicas graves quando não tratado adequadamente. Paciente do sexo masculino, 18 meses, com diagnóstico de HC e uso irregular de Diazóxido, foi admitido em unidade hospitalar por hipoatividade e hipoglicemia grave, tratada inicialmente com glicose oral. Evoluiu com crises convulsivas associadas a episódios hipoglicêmicos, sendo transferido para unidade de terapia intensiva para monitorização contínua e iniciado Carbamazepina conforme orientação da neuropediatria. Durante a internação, apresentou edema moderado secundário ao uso de diazóxido, sendo introduzida Hidroclorotiazida, conforme manejo habitual da retenção hídrica associada a essa terapia. Evoluiu com boa tolerância à redução gradual da dose de diazóxido, atingindo 7,6 mg/kg/dia e mantendo glicemias capilares acima de 90 mg/dL. Devido à vulnerabilidade social e ao risco de descontinuidade terapêutica, permaneceu internado por quatro meses, aguardando liberação judicial do tratamento, com acompanhamento da equipe de serviço social. Recebeu alta com glicemias entre 100 e 150 mg/dL, sem crises convulsivas, em uso de diazóxido, hidroclorotiazida e carbamazepina. Em seguimento ambulatorial em endocrinologia pediátrica, evoluiu sem crises convulsivas ou edema, apresentando desenvolvimento neuropsicomotor adequado e controle glicêmico satisfatório. A hipoglicemia persistente encontrada em pacientes com HC pode levar à neuroglicopenia e está associada a risco significativo de lesão neurológica permanente, incluindo atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, epilepsia e déficit cognitivo. O Diazóxido constitui o tratamento de primeira linha, atuando na redução da secreção insulínica. Entre seus efeitos adversos mais frequentes está a retenção hídrica, frequentemente manejada com diuréticos tiazídicos, como a Hidroclorotiazida. A vulnerabilidade social observada neste caso, evidenciada pela necessidade de internação prolongada para garantir a continuidade terapêutica, reforça a importância do acesso equitativo a medicamentos essenciais no sistema de saúde. Em condições como o HC, a atuação integrada entre equipe assistencial e serviço social mostra-se essencial para assegurar a adesão terapêutica e reduzir o risco de complicações.

Área: Endocrinologia
PORTO ALEGRE/RS

MANIFESTAÇÕES NEUROPSIQUIÁTRICAS COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE DOENÇA DE GRAVES NA INFÂNCIA: UM RELATO DE CASO

Isadora Duarte[1], Catharina Accorsi[1], Luiza Azevedo[1], Giovanna Oliveira[1], Manoela Palandi[1], Hannah Silva[1]

1. Universidade Luterana do Brasil (ULBRA).

A doença de Graves é a principal causa de hipertireoidismo em crianças e adolescentes, manifestando-se geralmente por taquicardia, perda de peso, intolerância ao calor e sinais oftalmológicos. A sua apresentação como quadro neurocomportamental inicial na infância, incluindo ansiedade, irritabilidade, déficit de atenção e distúrbios do sono, podem atrasar o diagnóstico e manejo adequado. Paciente masculino, 12 anos, compareceu ao endocrinologista por suspeita de tireoidopatia. Inicialmente, procurou atendimento por agitação, irritabilidade e dificuldade de concentração, recebendo diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e iniciando uso de metilfenidato. Meses depois, evoluiu com protrusão ocular, sendo orientado a nova avaliação. Ao exame físico, apresentava tireoide de pequenas dimensões, sem nódulos à palpação. Exames laboratoriais confirmaram hipertireoidismo (TSH <0,003 mUI/L, T4 livre 1,43 ng/dL, T3 5,77) de etiologia autoimune, com TRAb 10,12. Foi iniciado metimazol 7,5 mg/dia, associado a colírio e gel lubrificantes oculares, além da suspensão do metilfenidato. Após três meses, retornou para reavaliação em uso de metimazol 5 mg/dia, com melhora parcial das alterações de humor. Na ocasião, apresentava TSH de 4,051 mUI/L, sendo mantido o tratamento. O hipertireoidismo na infância tende a gerar mais oscilações de humor e distúrbios comportamentais em comparação com adultos. Muitas crianças, como o caso aponta, são encaminhadas para investigar alterações emocionais e comportamentais, antes mesmo de se considerar a possibilidade de um distúrbio de tireoide. Nesses casos, sintomas como dificuldade de concentração e baixo rendimento escolar frequentemente são interpretados de forma equivocada como TDAH. O tratamento adequado da Doença de Graves promove melhora significativa dos sintomas neuropsiquiátricos, pois são decorrentes do excesso de hormônios tireoidianos. Este caso evidencia o cuidado que se deve ter ao analisar os sinais e sintomas de hipertireoidismo, principalmente em adolescentes, devido às diferentes alterações dessa faixa etária. Relatos como este reforçam a importância de diagnósticos e tratamento adequado, para que não sejam estudados erroneamente.

Área: Endocrinologia
PORTO ALEGRE/RS

OBESIDADE INFANTIL E DIABETES MELLITUS NO BRASIL: ANÁLISE TEMPORAL E DISTRIBUIÇÃO REGIONAL

Camila Variani[1], Marina Closs Mattes[1], Eduarda da Silva Novello[1], Giovana Pinhatti Matos[1], Isabella Fontanella Krey[1], Júlia Gabriela Pohl[1], Mariana Barcelos Nazari Anastasiadis[1], Luiz Cézar Vilodre[1]

1. Universidade Luterana do Brasil (ULBRA).

Os índices de obesidade infantil têm crescido de forma expressiva no Brasil, configurando-se como importante problema de saúde pública devido às suas repercussões metabólicas. O acúmulo precoce de tecido adiposo associa-se ao aumento do risco de doenças crônicas, como o Diabetes Mellitus, destacando a relevância da análise desses agravos na população pediátrica.
Investigar a associação entre a obesidade infantil e a ocorrência de Diabetes Mellitus no Brasil, analisando tendências temporais e distribuição regional. Estudo transversal, quantitativo, com dados secundários do DATASUS, no período de 2014 a 2025. A obesidade infantil foi avaliada pelo SISVAN, por meio do IMC para idade. Os dados de diabetes foram obtidos no SIH/SUS via TABNET, utilizando os códigos CID-10 E10–E14. Foram analisadas variáveis como ano e região. Observou-se aumento progressivo da obesidade infantil, de 5,29% em 2014 para 9,87% em 2024, com crescimento mais acentuado a partir de 2020 (9,15%), mantendo-se elevado em 2021 (9,45%), 2022 (9,14%) e 2023 (9,51%). Paralelamente, houve redução da eutrofia, de 72,79% para 64,12%, e aumento do sobrepeso, de 16,62% para 19,92%, evidenciando transição nutricional. A análise regional demonstrou heterogeneidade na distribuição da obesidade. Já os dados de internações por Diabetes Mellitus evidenciaram taxas persistentes ao longo do período, com variações regionais semelhantes às observadas para obesidade. A análise integrada sugere associação entre o aumento da obesidade infantil e a manutenção de elevados índices de diabetes. Observa-se aumento sustentado da obesidade e do sobrepeso na população pediátrica brasileira, em ambos os sexos, acompanhado de redução da eutrofia, caracterizando importante transição nutricional. A concomitância com a manutenção de elevadas taxas de Diabetes Mellitus reforça a possibilidade de associação entre os agravos. Destaca-se a necessidade de ações integradas de prevenção e manejo multidisciplinar da obesidade infantil, bem como de estudos que esclareçam relações causais e subsidiem políticas públicas voltadas à promoção da saúde na infância.

Área: Endocrinologia
CANOAS/RS

ÓBITOS INFANTIS POR DIABETES MELLITUS INSULINO DEPENDENTE NO BRASIL, ENTRE 2021 A 2023

Giovanna Liberali Magajewski Marchesi[1], Ligia Luana Freire[2], Letícia Hanna Moura da Silva Gattas Gracioli[3], Katiussia Soares Bezerra[2], Ana Luiza Vieira Alexandrino[2], Lorrane Alves Barbosa[2], Catarina Lagasse Mayer[1], Emilly Caroline Lopes[1], Maria Eduarda Manfredini Cardoso[1], Andressa Luise Matte[1]

1. Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), 2. Universidade Nove de Julho, 3. Faculdade Medicina de Jundiaí.

O diabetes tipo 1 ou diabetes mellitus insulinodependente, é uma doença crônica que pode levar ao óbito infantil quando não controlada adequadamente. No Brasil, embora o tratamento tenha avançado, as mortes infantis por DMID ainda são significativas, principalmente devido a complicações agudas como cetoacidose diabética e hipoglicemia grave. Fatores como diagnóstico tardio, falha no manejo da insulina e desigualdade no acesso a cuidados especializados contribuem para essas mortes, especialmente em regiões com menos infraestrutura. A educação contínua e o acompanhamento médico adequado são essenciais para a redução desses óbitos. O objetivo do presente trabalho foi realizar o levantamento epidemiológico acerca dos óbitos infantis por diabetes mellitus insulino dependente, no Brasil, entre os anos de 2021 a 2023. O presente estudo trata-se de um estudo epidemiológico ecológico, descritivo, transversal e retrospectivo. Os dados foram coletados a respeito dos casos novos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). As variáveis coletadas e estudadas foram: óbitos por região, óbitos por ano, faixa etária e sexo (CID E10). No período analisado houveram 90 óbitos devido à diabetes mellitus insulino dependente. Sendo a distribuição por região: 1) Região Norte: 12 (13,3%), 2) Região Nordeste: 33 (36,6%), 3) Região Sudeste: 26 (28,8%), 4) Região Sul: 7 (7,7%), 5) Região Centro-Oeste: 12 (13,6%). A distribuição anual dos óbitos se deu: i) 2021: 21 (23,3%), ii) 2022: 41 (45,5%) e iii) 2023: 28 (31,2%). A distribuição por faixa etária: 1) Menor de 1 ano: 9 (10%), 2) 1 a 4 anos: 25 (27,7%), 3) 5 a 9 anos: 14 (15,5%), 4) 10 a 14 anos: 42 (46,8%). A distribuição por sexo se deu: 1) masculino: 43 (47,7%) e 2) feminino: 47 (52,3%). Conclui-se que entre 2021 a 2023, no Brasil, houveram 90 óbitos devido à diabetes mellitus insulino dependente. Sendo as características epidemiológicos: Região Nordeste, 2022, 10 a 14 anos, sexo feminino com o maior número de óbitos devido a afecção estudada.

Área: Endocrinologia
PORTO ALEGRE/RS

PERCEPÇÃO ACERCA DA INFLUÊNCIA DOS DISRUPTORES ENDÓCRINOS NA PUBERDADE PRECOCE: VISÃO DOS RESPONSÁVEIS EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Andressa Alberti Fumaco[1], Cristina Basso Hübner[1], Eliza Collares[1], Marina de Assis Brasil Mendes Monteiro[1], Luiza Silva Menegazzo[1], Guilherme Ribeiro Gregório[1], Clândio Timm Marques[1], Tatiane de Campos[2]

1. Universidade Franciscana, 2. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

A puberdade precoce (PP) é uma condição médica que está ganhando enfoque atualmente devido ao aumento do número de casos entre o público infantil. Existem inúmeras causas que podem estar atreladas a esse aumento, dentre elas, destacam-se as Substâncias Químicas Disruptoras Endócrinas, do inglês Endocrine-Disrupting Chemicals (EDCs), as quais são substâncias químicas presentes em inúmeros produtos de higiene pessoal, cosméticos e até mesmo alimentos, que estão recebendo maior atenção da comunidade científica atual, devido ao seu possível potencial desregulador da PP. Esta pesquisa tem como objetivo principal avaliar a visão dos responsáveis sobre a influência dos EDCs na PP em meninas de 5 a 12 anos em uma unidade de Pronto Atendimento Pediátrico, no período de agosto a novembro de 2025. A pesquisa, realizada com 100 responsáveis, foi conduzida por meio de um estudo observacional, transversal, descritivo e prospectivo, utilizando um questionário estruturado e anônimo para coletar dados. A associação entre as variáveis qualitativas foi avaliada por meio do teste do qui-quadrado. Observou-se que 87% dos respondentes foram femininos, 84% possuem entre 20-50 anos de idade, 55,6% concluíram ensino médio e 86,9% são o pai ou a mãe da criança. Embora a maioria tivesse conhecimento sobre a PP (78%) e suspeitasse da relação com produtos de beleza (57%), o conhecimento sobre os EDCs foi extremamente baixo (apenas 26%). Os resultados demonstraram uso frequente de batom infantil (1 a 2 vezes por semana) e uso de esmalte de adulto em 40,4% das meninas. A escolaridade mostrou-se associada ao conhecimento sobre a PP (p=0,007), mas não sobre os EDCs (p=0,671). Além disso, o conhecimento sobre essas substâncias têm associação com a prática de ler rótulos (p=0,035). Em conclusão, a pesquisa demonstra uma discrepância entre a alta exposição de crianças a produtos cosméticos com potencial disruptor endócrino e o baixo conhecimento dos responsáveis sobre os possíveis efeitos dessas substâncias, indo de encontro ao que a comunidade científica orienta sobre evitar o uso desses componentes, devido à incerteza sobre a absorção e bioacumulação de longo prazo. Diante desse risco, agravado pela desinformação, constata-se a necessidade urgente de maiores pesquisas sobre a possível influência dos EDCs sobre a PP, bem como de implementação de políticas públicas educativas para preencher essa lacuna de conhecimento, a fim de reduzir a exposição da população pediátrica aos EDCs.

Área: Endocrinologia

PRIMO-DIAGNÓSTICO DE DM1 EM CRIANÇA COM APRESENTAÇÃO EM CAD

Ana Carolina de Oliveira Ludtke[1], Ana Luiza Raupp de Andrade[1], Caroline Borges Cervi[1], Davi Azevedo[1], Isadora Luisa Duarte da Rocha[1], Júlia Dobler[1], Lucas Wiesbauer Pasetti[2], Tamara Marielle Castro[1], Cristiano do Amaral De Leon[1]

1. Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). 2. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

O diabetes mellitus tipo 1 é uma doença autoimune caracterizada pela destruição das células beta do pâncreas, causando deficiência absoluta de insulina. O diagnóstico normalmente ocorre em um episódio de cetoacidose diabética, complicação que é a manifestação inicial em 30% dos casos. Paciente masculino, 9 anos, encaminhado da UPA à UTIP do Hospital Universitário de Canoas com poliúria, polidipsia, perda de 10kg, sonolência, cefaleia e vômitos. Na admissão foi realizada gasometria arterial, que evidenciou pH de 7,1, PCO2 18,6 mmHg, PO2 160 mmHg, HCO_3 de 4,1 mEq/L, glicemia de 276 mg/dL e potássio de 3,4 mEq/L, EAS demonstrou cetonúria. Paciente submetido à expansão volêmica com cristaloides (1000mL), seguida de infusão contínua de insulina IV 0,1UI/kg, soroterapia com K8314, e glicose intravenosa a 10%. Quadro evoluiu com resolução da CAD no dia seguinte, sendo trocada a insulina IV para SC (NPH e insulina regular), com monitorização da glicemia capilar de 2/2h e liberação de dieta oral apropriada. A CAD é a principal complicação do DM1, sendo esse caso uma apresentação clássica, porém com glicemia inferior ao normalmente observado. O quadro ocorre pela deficiência insulínica e aumento de hormônios contrarreguladores, levando à hiperglicemia, cetogênese e acidose metabólica. A reposição volêmica inicial é fundamental para restaurar a perfusão tecidual, a infusão contínua de insulina é padrão para reduzir gradualmente a glicemia e interromper a cetogênese. Os níveis de K8314, tornam essencial sua reposição, pois a insulinoterapia promove deslocamento intracelular do K8314,, agravando a hipocalemia e desencadeando arritmias. A introdução de solução glicosada é indicada para permitir a infusão de insulina sem risco de hipoglicemia. O relato evidencia a CAD como apresentação inicial do DM1, reforçando a importância do reconhecimento precoce dessa doença. A conduta foi eficaz, com adequada expansão, insulinoterapia e correção eletrolítica, resultando em rápida resolução. Estratégias de educação e capacitação de profissionais podem ajudar a reduzir a incidência dessa complicação como apresentação inicial. Por fim, o caso reforça a relevância do diagnóstico e manejo adequado da cetoacidose diabética, visando reduzir complicações e morbimortalidade na pediatria.

Área: Endocrinologia
GRAVATAI/RS

RECIDIVA DE FEOCROMOCITOMA PEDIÁTRICO QUATRO ANOS APÓS A RESSECÇÃO: UM RELATO DE CASO

Geovana Silva de Castro[1], Gabriella Bagatini Primaz[1], Sabrina Schneiders[1], Gabriela dos Santos Abadi[1], Vitoria Eduarda de Azevedo[1], Rhaylan Consanter[1], Fernanda dos Santos Aguiar[1]

1. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Feocromocitoma é um tumor neuroendócrino raro na população pediátrica e predominantemente benigno. Frequentemente tem apresentação bilateral e há, ainda que rara, documentação sobre recidiva contralateral após a ressecção cirúrgica da glândula supra-renal acometida. É essencial o diagnóstico precoce da criança, bem como o monitoramento pós-cura, especialmente nos casos de malignidade, visto as chances de repetição do quadro. Paciente masculino de 9 anos realizou adrenalectomia em 2022, após diagnóstico de feocromocitoma na adrenal direita. Realizou acompanhamento pós-operatório por dois anos para monitorar os quadros de Hipertensão Arterial Sistêmica e Miocardiopatia secundários à condição, bem como segue em acompanhamento de Retinopatia Hipertensiva também secundária à doença de base. Ocorrência de epistaxes quinzenais há 3 anos, com aumento gradual da frequência. Aparecimento de linfonodomegalia cervical bilateral em 2024, sendo ambos fibroelásticos, móveis e indolores à palpação, com involução em 2025. Em fevereiro de 2026 o paciente foi internado no hospital local com cefaleia de início súbito na região parietal direita associada a náusea e vertigem. Hipodensidades na porção superior do hemisfério cerebelar direito, em comunicação com o espaço liquórico, e no corno posterior do ventrículo lateral esquerdo em tomografia. Tomografia de abdome localizou nódulo sólido na adrenal esquerda. Os achados resultaram na transferência para o ambulatório de hemato-oncologia pediátrica do hospital terciário de referência. Realizou-se adrenalectomia esquerda e envio do conteúdo para exame anatomopatológico, que confirmou a recidiva do tumor. O caso reforça as evidências de recidiva contralateral do Feocromocitoma maligno mesmo após cura mediante ressecção cirúrgica. Além disso, aponta o impacto da hipersecreção adrenérgica no sistema cardiovascular e óptico, que exigem acompanhamento com especialistas de múltiplas áreas para manejar as complicações decorrentes do câncer. O diagnóstico precoce do Feocromocitoma infantil é imprescindível para minimizar as patologias secundárias. É obrigatório o acompanhamento pós-operatório tardio, visto as chances de repetição do quadro.

Área: Endocrinologia
SANTA MARIA/RS

SÍNDROME DE CUSHING IATROGÊNICA EM LACTENTE COM CARDIOPATIA CONGÊNITA APÓS USO INADEQUADO DE CORTICOSTEROIDES: RELATO DE CASO

Bibiana Barcellos da Rosa Hoff[1], Isabela Rolim Maia Carvalhaes[1], Virginia Elisa de Faria Felisardo[1], Giulia Dakhil Moyzes Zanin[1], Leonardo de Oliveira Neves[1], Monica Cotta[1]

1. Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence.

A síndrome de Cushing iatrogênica é uma condição decorrente da exposição excessiva a glicocorticoides exógenos, podendo cursar com supressão do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e complicações metabólicas, cardiovasculares e renais. O uso inadequado dessas medicações pode levar a manifestações clínicas importantes e, em alguns casos, insuficiência adrenal secundária. Lactente feminina, avaliada aos 2 meses, com sopro sistólico e diagnóstico ecocardiográfico de comunicação interatrial (CIA) tipo ostium secundum, com discreta repercussão. Devido à demora no seguimento pelo sistema público, recebeu em serviço privado betametasona intramuscular (7 mg) associada à prednisolona oral, com intuito de fechamento da CIA. Evoluiu com edema facial, hipertricose em face e membros. Após um mês, foi submetida a novo ciclo, com piora dos sintomas, anorexia e oligúria. Em avaliação posterior na rede pública, foi esclarecida ausência de indicação de corticoterapia. Devido à persistência da oligúria, foi encaminhada para investigação hospitalar. Na admissão, encontrava-se em bom estado geral, com fácies cushingoide, hipertricose e diurese reduzida, sem sinais de insuficiência cardíaca. Exames laboratoriais mostraram função renal e eletrólitos normais.Durante a internação, evoluiu com oligúria e hipertensão arterial (até 140/80 mmHg), sendo iniciado enalapril, com boa resposta. Exames de imagem não evidenciaram alterações estruturais. O caso ilustra complicações associadas ao uso inadequado de glicocorticoides em lactentes. A dose administrada de betametasona (aproximadamente equivalente a 70 mg de prednisona) foi significativamente elevada, atingindo cerca de 10 mg/kg/dose, muito acima das recomendações habituais. A exposição repetida e inadequada levou ao desenvolvimento de sinais clássicos de hipercortisolismo, como fácies em lua cheia, ganho ponderal e hipertricose. Além disso, a supressão do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal pode explicar sintomas como anorexia e oligúria. A hipertensão arterial observada pode ser atribuída ao efeito mineralocorticoide dos glicocorticoides, além de possível retenção hidrossalina. A ausência de alterações estruturais renais reforça a etiologia funcional do quadro. Este caso evidencia os riscos do uso indiscriminado de corticosteroides, com intervenções desnecessárias e potencialmente prejudiciais. Importante destacar a ausência de indicação de corticoterapia para fechamento da CIA.

Área: Endocrinologia
VIAMAO/RS

SÍNDROME DE TURNER: ASPECTOS CLÍNICOS E ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR EM RELATO DE CASO

Brenda Beltrame[1], Bruna Jacobs[1], Iara Backes[1], Julia Galvan[1], Marina Anzolin[1], Gyovana Albertoni[1]

1. URI Erechim.

A síndrome de Turner (ST) é uma condição genética que afeta mulheres, decorrente da ausência total ou parcial de um dos cromossomos X, levando a manifestações clínicas variadas, o que pode dificultar o diagnóstico precoce. Paciente feminina, 12 anos, em seguimento ambulatorial por diagnóstico prévio de ST, confirmado por cariótipo 45,X. Compareceu para avaliação clínica e revisão de exames. Ao exame físico, apresentava baixa estatura e características fenotípicas típicas, como pescoço alado, implantação baixa de orelhas, palato alto e baixa implantação capilar. Fazia uso de somatropina, com adesão irregular, e encontrava-se em acompanhamento multiprofissional. Exames evidenciaram hipogonadismo hipergonadotrófico, com sugestão de gônadas em fita, sendo programada indução puberal. A idade óssea era compatível com 10 anos, evidenciando discreto atraso em relação à idade cronológica. Ultrassonografia abdominal mostrou rim direito atrófico e rim esquerdo vicariante. Demais exames sem alterações relevantes. Diante do quadro, foi mantido seguimento clínico, com ajuste da terapia hormonal e monitorização periódica. No presente caso, a paciente apresenta manifestações típicas da ST. A baixa estatura relaciona-se à ausência do estirão puberal pela deficiência estrogênica, justificando o uso de somatropina, embora a adesão irregular possa comprometer o ganho estatural. A indicação de indução puberal está alinhada ao manejo da insuficiência gonadal. A presença de anomalia renal reforça o caráter multissistêmico da síndrome, que também pode envolver alterações cardiovasculares, metabólicas, endócrinas e auditivas. Entre os diagnósticos diferenciais de baixa estatura e atraso puberal destacam-se outras causas de hipogonadismo, porém o cariótipo 45,X confirma ST. O manejo é multidisciplinar, com terapia hormonal (GH e reposição estrogênica) e rastreamento de comorbidades. O acompanhamento contínuo é fundamental, com vigilância periódica e monitoramento de condições associadas, como hipotireoidismo, doença celíaca e distúrbios metabólicos e auditivos, permitindo diagnóstico precoce e melhor prognóstico. Esse conjunto de achados está em consonância com a literatura, que descreve a ST como uma condição de expressão clínica variável, exigindo abordagem individualizada. O caso reforça a apresentação típica da ST e destaca a importância do diagnóstico precoce, adesão ao tratamento e acompanhamento multiprofissional para adequada condução e melhor prognóstico.

Área: Endocrinologia
ERECHIM/RS

SUSPEITA TARDIA DE DIABETES MONOGÊNICO APÓS DIAGNÓSTICO PRÉVIO DE DIABETES MELLITUS TIPO 1

Sarah Guerra de Oliveira[1], Cristiane Kopacek[1], Júlia Arruda Lima[1], Rebeca Nascimento Cruz[1], Laura Duarte Anderle[1], Luiza Moterle Cremonini[1], Bibiana Almeida Barbosa[1]

1. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

O diabetes mellitus tipo 1 (DM1) afeta 0,3% da população geral, 90% dos casos pediátricos não têm histórico familiar. A classificação etiológica é fundamental para o diagnóstico precoce e redução da cetoacidose. O diabetes monogênico (MODY) decorre de mutações que afetam a função das células 946,, com início precoce, padrão autossômico dominante e ausência de autoimunidade. Seu reconhecimento evita erros diagnósticos e orienta a terapêutica. Paciente masculino, 19 anos, com diagnóstico inicial de diabetes mellitus tipo 1 aos 12 anos. O diagnóstico ocorreu sem episódio de cetoacidose e sem investigação imunológica com autoanticorpos. Apresenta história familiar de diabetes mellitus em mãe diagnosticada com DM1. Desde então, realizou acompanhamento apenas em unidade básica de saúde, sem avaliação endocrinológica especializada e sem monitorização glicêmica sistemática. Na avaliação atual com endocrinologista, apresentava controle glicêmico inadequado, com uso de doses de insulina divergentes das prescritas. Exames laboratoriais demonstraram hemoglobina glicada de 8,4%, com valores previamente elevados ao longo do seguimento, e peptídeo C de 1,56 ng/mL. Diante da história familiar, ausência de investigação imunológica e características clínicas atípicas, levantou-se a hipótese de diabetes monogênico, com risco estimado de 75,5%, em investigação genética. O DM1 decorre da destruição autoimune das células 946, pancreáticas, levando à deficiência absoluta de insulina e risco de cetoacidose. O MODY resulta de mutações genéticas que comprometem a secreção insulínica. A diferenciação baseia-se no início precoce, história familiar positiva, ausência de autoanticorpos e peptídeo C detectável. Suspeita-se de MODY em jovens sem cetoacidose e com herança autossômica dominante. No presente caso, o valor de peptídeo C de 1,56 ng/mL, associado à história familiar positiva, reforça a hipótese de MODY. A confirmação é realizada por testes genéticos, preferencialmente por painéis multigênicos. O caso ressalta a importância da reavaliação diagnóstica em diabetes de início precoce. História familiar positiva, ausência de cetoacidose e peptídeo C detectável sugerem MODY, com impacto no manejo.

Área: Endocrinologia
PORTO ALEGRE/RS

VIGILÂNCIA DA TIREOTOXICOSE NEONATAL EM PREMATURO EXPOSTO AO HIPERTIREOIDISMO MATERNO NÃO TRATADO: DESAFIOS DO DIAGNÓSTICO PRECOCE

Tamara Marielle de Castro[1], Andressa Nayara Degen[1], Felipe Sousa Silva[1], Vanessa Feinstauer[1], João Marcos Arnizaut Lima[1], Tiago de Freitas Rodrigues[1], Layla Rebeka Nascimento Lima[1], Paula Sayuri Quiles Yamada[1]

1. Universidade Luterana do Brasil (ULBRA).

A doença de Graves materna é a principal etiologia de hipertireoidismo gestacional. A transferência transplacentária de anticorpos estimuladores do receptor de tireotropina (TRAb) pode desencadear a tireotoxicose neonatal (TN), condição grave com risco de insuficiência cardíaca de alto débito e craniossinostose. Em prematuros, o diagnóstico é um desafio crítico pela imaturidade do eixo hipotálamo-hipófise-tireoide e sobreposição de sintomas, exigindo monitoramento laboratorial rigoroso conforme diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Recém-nascida feminina, prematura tardia (34 semanas e 6 dias), adequada para idade gestacional, peso ao nascer 2470g, filha de mãe com Doença de Graves não tratada. Parto vaginal, Apgar 9/9. Devido ao alto risco biológico pela ausência de frenação farmacológica materna, instituiu-se protocolo de vigilância ativa com triagem laboratorial ultraprecoce (primeiras 24 horas) de TRAb, hormônio tireoestimulante (TSH) e tiroxina livre (T4L). A paciente evoluiu com icterícia neonatal precoce (bilirrubina total 14,5 mg/dL), exigindo fototerapia. Apresentou dificuldade de sucção, sendo manejada com suporte nutricional vigoroso para compensar o potencial estado catabólico. Manteve-se hemodinamicamente estável, sob monitorização contínua de frequência cardíaca e temperatura em unidade neonatal, sem sinais fenotípicos de bócio ou exoftalmia. O caso ratifica a necessidade de estratificação de risco em neonatos expostos ao hipertireoidismo materno descompensado. A ausência de tionamidas maternas antecipa a vulnerabilidade do recém-nascido, pois não há o efeito protetor das drogas que atravessam a placenta. No prematuro, a icterícia e a labilidade metabólica mascaram o hipermetabolismo, tornando a investigação laboratorial sistemática o único meio de diagnóstico pré-clínico. A aplicação rigorosa do protocolo institucional permitiu a vigilância da TN antes da instalação de sequelas irreversíveis. A exposição ao hipertireoidismo materno não controlado exige uma transição do cuidado reativo para a identificação ativa. A execução sistemática das diretrizes da SBP é o diferencial determinante para assegurar o prognóstico neurológico e a segurança cardiovascular em neonatos criticamente expostos, mitigando os riscos inerentes à prematuridade e à patologia endócrina.

Área: Endocrinologia
CANOAS /RS