21º Congresso Brasileiro de
Nefrologia Pediátrica
29 DE ABRIL A 02 DE MAIO DE 2026
RIO DE JANEIRO - RJ

21º CONGRESSO BRASILEIRO DE NEFROLOGIA PEDIÁTRICA:

Caderno de resumos

sociedade brasileira de pediatria

Nilzete Liberato Bresolin (org.)

Rio de Janeiro, RJ
2026

21º Congresso Brasileiro de
Nefrologia Pediátrica
29 DE ABRIL A 02 DE MAIO DE 2026
RIO DE JANEIRO - RJ

S678 Sociedade Brasileira de Pediatria.
21º Congresso Brasileiro de Nefrologia Pediátrica: caderno de resumos / Nilzete Liberato Bresolin (org.). – Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2026.
146 f.

ISBN: 978-85-88520-80-6

1. Pediatria – Congressos. 2. Nefrologia pediátrica – Congressos. I. Bresolin, Nilzete Liberato. II. Congresso Brasileiro de Nefrologia Pediátrica. III. Título.

SBP/RJ
CDD: 618.92

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Bruna Brasil Seixas Bruno (CRB-7/7005) e revisada pela bibliotecária Lorrane de Souza Saluzi Albuquerque (CRB-7/7298).

Publicação oficial da Sociedade Brasileira de Pediatria, reunindo os resumos aprovados no 21º Congresso Brasileiro de Nefrologia Pediátrica, realizado no Rio de Janeiro-RJ, 29 de abril a 02 de maio de 2026.

21º Congresso Brasileiro de
Nefrologia Pediátrica
29 DE ABRIL A 02 DE MAIO DE 2026
RIO DE JANEIRO - RJ

COMISSÃO ORGANIZADORA
Presidente da SBP
Edson Liberal (RJ)

Presidente da Filiada
Anna Tereza Miranda Soares de Moura (RJ)

Presidente do Congresso
Arnauld Kaufman (RJ)

Presidente de Honra
Luiz Afonso Henriques Mariz (in memoriam)

Diretoria de Cursos e Eventos da SBP
Renato de Ávila Kfouri (SP)

Secretário Geral do Congresso
Jaqueline Leal Santos Gouveia (RJ)

Primeiro Secretário
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

Segundo Secretário:
Thais Lira Cleto Yamane (RJ)

COMISSÃO CIENTÍFICA
Presidente:
Nilzete Liberato Bresolin (SC)

Membros:
Diretor Científico da SBP:
Dirceu Solé (SP)

Departamento Científico da SBP:
Alessandra Vitorino Naghettini (GO)
Clotilde Druck Garcia (RS)
Lucimary de Castro Sylvestre (PR)
Mariana Affonso Vasconcelos (MG)
Olberes Vitor Braga de Andrade (SP)
Roberta Mendes Lima Sobral (BA)
Vandrea Carla de Souza (RS)

Comitê de Nefrologia da SOPERJ
Arnauld Kaufman (RJ)
Claudia Najar Gonzales Mariz (RJ)
Franklin Prado Hernandez (RJ)
Glaura Nisya de Oliveira Cruz (RJ)
Jaqueline Leal Santos Gouveia (RJ)
José Guilherme Barbosa Leite (RJ)
Luciana Cabral Matulevic (RJ)
Luiz Cerqueira da Costa (RJ)
Marianna Pereira Impagliazzo (RJ)
Paula Garcez Oliveira Hazan da Fonseca (RJ)
Roberta Monteiro de Abreu (RJ)
Thais Lira Cleto Yamane (RJ)

Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN)
Ana Paula Pereira da Silva (SC)
Arnauld Kaufman (RJ)
Kallyne Munik Souza Morato (DF)
Maria Goretti Moreira Guimarães Penido (MG)
Olberes Vitor Braga de Andrade (SP)
Roberta Mendes Lima Sobral (BA)
Vera Hermina Kalika Koch (SP)

COMISSÃO DE TEMAS LIVRES
Alessandra Vitorino Naghettini (GO)
Ana Paula Pereira da Silva (SC)
Arnauld Kaufman (RJ)
Clotilde Druck Garcia (RS)
Kallyne Munik Souza Morato (DF)
Lucimary de Castro Sylvestre (PR)
Maria Goretti Moreira Guimarães Penido (MG)
Mariana Affonso Vasconcelos (MG)
Nilzete Liberato Bresolin (SC)
Olberes Vitor Braga de Andrade (SP)
Roberta Mendes Lima Sobral (BA)
Vandrea Carla de Souza (RS)
Vera Hermina Kalika Koch (SP)

Comissão Cursos pré-congresso
Jaqueline Leal Santos Gouveia (RJ)
Paula Garcez Oliveira Hazan da Fonseca (RJ)
Thais Lira Cleto Yamane (RJ) – coordenadora

COMISSÃO DE EVENTOS
Arnauld Kaufman (RJ) – coordenador
Jaqueline Leal Santos Gouveia (RJ)
Thais Lira Cleto Yamane (RJ)

Diretoria Plena

Triênio 2025/2028

PRESIDENTE:
Edson Ferreira Liberal (RJ)
1º VICE-PRESIDENTE:
Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)
2º VICE-PRESIDENTE:
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)
SECRETÁRIO GERAL:
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)
1º SECRETÁRIO:
Rodrigo Aboudib Ferreira (ES)
2º SECRETÁRIO:
Vilma Francisca Hutim Gondim de Souza (PA)
3º SECRETÁRIO:
Márcia Gomes Penido Machado (MG)
DIRETORA FINANCEIRA:
Maria Angélica Barcellos Svaiter (RJ)
2ª DIRETORIA FINANCEIRA:
Sidnei Ferreira (RJ)
3ª DIRETORIA FINANCEIRA:
Renata Belém Pessoa de Melo Seixas (DF)

DIRETOR DE MEIO AMBIENTE E SUSTENTABILIDADE
Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)
DIRETORA ADJUNTA:
Vilma Francisca Hutim Gondim de Souza (PA)

DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL
Marynea Silva do Vale (MA)

COORDENADORES REGIONAIS
NORTE: Adelma Alves de Figueiredo (RR)
NORDESTE: Ana Jovina Barreto Bispo (SE)
SUDESTE: Marisa Lages Ribeiro (MG)
SUL: Nilza Maria Medeiros Perin (SC)
CENTRO-OESTE: Renata Belém Pessoa de Melo Seixas (DF)

COMISSÃO DE SINDICÂNCIA
TITULARES:
Jose Hugo Lins Pessoa (SP)
Marisa Lages Ribeiro (MG)
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)
Sulim Abramovici (SP)
Vilma Francisca Hutim Gondim de Souza (PA)
SUPLENTES:
Analiria Moraes Pimentel (PE)
Bruno Leandro de Souza (PB)
Dolores Fernandez Fernandez (BA)
Rosana Alves (ES)
Silvio da Rocha Carvalho (RJ)

CONSELHO FISCAL
Cléa Rodrigues Leone (SP)
Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)
Ana Márcia Guimarães Alves (GO)

ASSESSORIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS:
COORDENAÇÃO:
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)
Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)
Elena Marta Amaral dos Santos(AM)
Evelyn Eisenstein (RJ)
Paulo César de Almeida Mattos (RJ)

DIRETORIAS E COORDENAÇÕES

COORDENAÇÃO DO CEXTEP (COMISSÃO EXECUTIVA DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA)
COORDENAÇÃO:
Hélcio Villaça Simões (RJ)
COORDENAÇÃO ADJUNTA:
Ricardo do Rego Barros (RJ)
MEMBROS:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Carla Príncipe Pires C. Vianna Braga (RJ)
Clóvis Francisco Constantino (SP)
Cristina Ortiz Sobrinho Valete (RJ)
Grant Wall Barbosa de Carvalho Filho (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)
Silvio Rocha Carvalho (RJ)

COMISSÃO EXECUTIVA DO EXAME PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA AVALIAÇÃO SERIADA
COORDENAÇÃO:
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Luciana Cordeiro Souza (PE)
MEMBROS:
João Carlos Batista Santana (RS)
Mara Morelo Rocha Felix (RJ)
Ricardo Mendes Pereira (SP)
Vera Hermina Kalika Koch (SP)
Victor Horácio de Souza Costa Junior (PR)

DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS
DIRETORES:
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)
Sérgio Cabral (RJ)
AMÉRICA LATINA
COORDENADORES:
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)
Ricardo do Rego Barros (RJ)
PAÍSES DA LÍNGUA PORTUGUESA
COORDENADORES:
Clóvis Francisco Constantino (SP)
Marcela Damásio Ribeiro de Castro (MG)
Maria Angélica Barcellos Svaiter (RJ)

DIRETORIA DE DEFESA DA PEDIATRIA
DIRETOR:
Fábio Augusto de Castro Guerra (MG)
DIRETORIA ADJUNTA:
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)
MEMBROS:
Alberto Cubel Brull Júnior (MS)
Ana Mackartney de Souza Marinho (TO)
Anenisia Coelho de Andrade (PI)
Ariane Molinaro Vaz de Souza (RJ)
Carlindo de Souza Machado e Silva Filho (RJ)
Cláudio Orestes Britto Filho (PB)
Corina Maria Nina Viana Batista (AM)
Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)
Gilberto Pascolat (PR)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Jocileide Sales Campos (CE)
Kassie Regina Neves Cargnin (RJ)
Maria Angélica Barcellos Svaiter (RJ)
Paulo Tadeu Falanghe (SP)
Ricardo Maria Nobre Othon Sidou (CE)

DIRETORIA CIENTÍFICA
DIRETOR:
Dirceu Solé (SP)
DIRETORIA CIENTÍFICA - ADJUNTA
Luciana Rodrigues Silva (BA)
DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS E GRUPOS DE TRABALHO:
Dirceu Solé (SP)
Luciana Rodrigues Silva (BA)

PROGRAMAS NACIONAIS DE ATUALIZAÇÃO

PEDIATRIA - PRONAP
COORDENADORA:
Fernanda Luisa Ceragioli Oliveira (SP)
COORDENADORES ADJUNTOS
Claudia Bezerra Almeida (SP)
Tulio Konstantyner (SP)
NEONATOLOGIA - PRORN
Cléa Rodrigues Leone (SP)
Renato Soibelmann Procianoy (RS)
Rita de Cássia Silveira (RS)
TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA - PROTIPED
Helena Muller (RS)
Werther Bronow de Carvalho (SP)
TERAPÊUTICA PEDIÁTRICA - PROPED
Claudio Leone (SP)
Sérgio Augusto Cabral (RJ)
EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA - PROEMPED
Gilberto Pascolat (PR)
Hany Simon Júnior (SP)
Sérgio Luís Amantéa (RS)
NEUROPEDIATRIA - PRONEUROPED
Giuseppe Mario Carmine Pastura (RJ)
Magda Lahorgue Nunes (RS)
Márcio Moacyr Vasconcellos (RJ)

DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES:
TRATADO DE PEDIATRIA
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Dirceu Solé (SP)
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)
Clóvis Francisco Constantino (SP)
Fábio Ancona Lopes (SP)
Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)
Maria Angélica Barcellos Svaiter (RJ)
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES
DIRETOR:
Renato de Ávila Kfouri (SP)
DIRETOR ADJUNTO:
Sérgio Luís Amantéa (RS)
MEMBROS:
Isabel Rey Madeira (RJ)
Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)
Marise Helena Cardoso Tófoli (GO)
Renata Belém Pessoa de Melo Seixas (DF)
Ricardo Queiroz Gurgel

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL
Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)
Ruth Guinsburg (SP)

COORDENAÇÃO PALS – REANIMAÇÃO PEDIÁTRICA
Alexandre Rodrigues Ferreira (MG)
Kátia Laureano dos Santos (PB)

COORDENAÇÃO BLS – SUPORTE BÁSICO DE VIDA
Cássia Freire Vaz (RJ)
Valéria Maria Bezerra Silva (PE)

COORDENAÇÃO DO CURSO DE APRIMORAMENTO EM NUTROLOGIA PEDIÁTRICA (CANP)
Virgínia Resende Silva Weffort (MG)

PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS
COORDENAÇÃO GERAL:
Edson Ferreira Liberal (RJ)
COORDENAÇÃO OPERACIONAL:
Camila Salomão Mourão (AP)
Nilza Maria Medeiros Perin (SC)
Renata Dejtiar Waksman (SP)

EDITORES DA REVISTA SBP CIÊNCIA
Joel Alves Lamounier (MG)
Marco Aurélio Palazzi Sáfadi (SP)
Mariana Tschoepke Aires (RJ)

EDITORES DO JORNAL DE PEDIATRIA (JPED)
COORDENAÇÃO:
Renato Soibelmann Procianoy (RS)
MEMBROS:
Antônio José Ledo Alves da Cunha (RJ)
Crésio de Aragão Dantas Alves (BA)
Dirceu Solé (SP)
Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)
João Guilherme Bezerra Alves (PE)
Magda Lahorgue Nunes (RS)
Marco Aurélio Palazzi Sáfadi (SP)

EDITORES REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA
EDITORES CIENTÍFICOS:
Clémax Couto Sant'Anna (RJ)
Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)
EDITORES ADJUNTOS:
Márcia Garcia Alves Galvão (RJ)
Rosana Alves (ES)
Silvio da Rocha Carvalho (RJ)

COORDENAÇÃO DO CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO:
Jandrei Rogério Markus (TO)
CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO:
Cláudio D'Elia (RJ)
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Gustavo Guida Godinho da Fonseca (RJ)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Leonardo Rodrigues Campos (RJ)
Márcia Cortez Bellotti de Oliveira (RJ)
Maria de Fátima Bazhuni Pombo Sant'Anna (RJ)
Rafaela Baroni Aurílio (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)

COORDENAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA:
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)
COORDENAÇÃO DE PESQUISA:
Claudio Leone (SP)

COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO
COORDENAÇÃO:
Rosana Alves (ES)
MEMBROS:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Alessandra Carla de Almeida Ribeiro (MG)
Ana Lúcia Ferreira (RJ)
Angélica Maria Bicudo (SP)
Anna Tereza Miranda Soares de Moura (RJ)
Rosana Fiorini Puccini (SP)
Silvia Wanick Sarinho (PE)

COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ESTÁGIOS EM PEDIATRIA
COORDENAÇÃO:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
MEMBROS:
Aurimery Gomes Chermont (PA)
Claudio Barsanti (SP)
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Gilberto Pascolat (PR)
Jefferson Pedro Piva (RS)
Liana de Paula Medeiros de A. Cavalcante (PE)
Marynea Silva do Vale (MA)
Mauro Batista de Morais (SP)
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)
Rita de Cassia Viegas Gomes Lins Bittencourt (PB)
Sérgio Luís Amantéa (RS)
Sheyla Ribeiro Rocha (SP)
Silvia Regina Marques (SP)
Silvio da Rocha Carvalho (RJ)
Susana Maciel Wuillaume (RJ)
Tânia Denise Resener (RS)
Victor Horácio da Costa Junior (PR)

COORDENAÇÃO DAS LIGAS DOS ESTUDANTES
COORDENADOR:
Lélia Cardamone Gouvêa (SP)
MEMBROS:
Adelma Alves de Figueiredo (RR)
André Luis Santos Carmo (PR)
Anna Tereza Miranda Soares de Moura (RJ)
Cássio da Cunha Ibiapina (MG)
Fernanda Wagner Fredo dos Santos (PR)
Luiz Anderson Lopes (SP)
Marynea Silva do Vale (MA)

DIRETORIA DE PATRIMÔNIO
COORDENAÇÃO:
Ana Maria de Oliveira Ponte (RJ)
MEMBROS:
Claudio Barsanti (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)

REDE DA PEDIATRIA
COORDENAÇÃO:
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)
Rubem Couto (MT)
MEMBROS:
AC - SOCIEDADE ACREANA DE PEDIATRA
Ana Isabel Coelho Montero
AL - SOCIEDADE ALAGOANA DE PEDIATRIA
Bruna de Sá Duarte Auto
AM - SOCIEDADE AMAZONENSE DE PEDIATRIA
Adriana Távora de Albuquerque Taveira
AP - SOCIEDADE AMAPAENSE DE PEDIATRIA
Camila Salomão Mourão
BA - SOCIEDADE BAIANA DE PEDIATRIA
Ana Luiza Velloso da Paz Matos
CE - SOCIEDADE CEARENSE DE PEDIATRIA
João Cândido de Souza Borges
DF - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO DISTRITO FEDERAL
Yanna Aires Gadelha de Mattos
ES - SOCIEDADE ESPIRITOSSANTENSE DE PEDIATRIA
Ana Paula Neves Burian
GO - SOCIEDADE GOIANA DE PEDIATRIA
Valéria Granieri de Oliveira Araújo
MA - SOCIEDADE DE PUERICULTURA E PEDIATRIA DO MARANHÃO
Marynéa Silva do Vale
MG - SOCIEDADE MINEIRA DE PEDIATRIA
Raquel Gomes de Carvalho Pinto
MS - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO MATO GROSSO DO SUL
Ivan Akucevikius
MT - SOCIEDADE MATOGROSSENSE DE PEDIATRIA
Paula Helena de Almeida Gattass Bumlai
PA - SOCIEDADE PARAENSE DE PEDIATRIA
Patrícia Barbosa de Carvalho
PB - SOCIEDADE PARAIBANA DE PEDIATRIA
Maria do Socorro Ferreira Martins
PE - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE PERNAMBUCO
Alexsandra Ferreira da Costa Coelho
PI - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO PIAUÍ
Alysson Figueredo de Brito
PR - SOCIEDADE PARANAENSE DE PEDIATRIA
Victor Horácio de Souza Costa Junior
RJ - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Anna Tereza Miranda Soares de Moura
RN - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO RIO GRANDE DO NORTE
Manoel Reginaldo Rocha de Holanda
RO - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE RONDÔNIA
Cristiane Figueiredo Reis Maiorquin
RR - SOCIEDADE RORAIMENSE DE PEDIATRIA
Mareny Damasceno Pereira
RS - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO RIO GRANDE DO SUL
Marcelo Pavese Porto
SC - SOCIEDADE CATARINENSE DE PEDIATRIA
Rose Terezinha Marcelino
SE - SOCIEDADE SERGIPANA DE PEDIATRIA
Michelle Loyola Ferreira
SP - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO
Sulim Abramovici
TO - SOCIEDADE TOCANTINENSE DE PEDIATRIA
José Maria Sinimbu de Lima Filho

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS
- Aleitamento Materno
- Alergia
- Atenção Primária em Pediatria
- Bioética
- Cardiologia
- Combate às Violências
- Dermatologia
- Emergência
- Endocrinologia
- Gastroenterologia
- Genética Clínica
- Hematologia e Hemoterapia
- Hepatologia
- Imunizações
- Imunologia Clínica
- Infectologia
- Medicina da Dor e Cuidados Paliativos
- Medicina do Adolescente
- Medicina Intensiva Pediátrica
- Nefrologia
- Neonatologia
- Neurologia
- Nutrologia
- Oncologia
- Otorrinolaringologia
- Pediatria Ambulatorial
- Pediatria Desenvolvimento e Comportamento
- Pneumologia
- Reumatologia
- Saúde Escolar
- Segurança
- Sono
- Suporte Nutricional
- Toxicologia e Saúde Ambiental

GRUPOS DE TRABALHO
- Atividade Física
- Cirurgia Pediátrica
- Criança, Adolescente e Natureza
- Doença Inflamatória Intestinal
- Drogas na Infância e na Adolescência
- Educação é Saúde
- Insuficiência Intestinal
- Jovens Pediatras
- Metodologia Científica
- Oftalmologia Pediátrica
- Ortopedia Pediátrica
- Pediatria Internacional dos Países de Língua Portuguesa
- Políticas Públicas para Neonatologia
- Povos Originários do Brasil
- Radiologia e Diagnóstico por Imagem
- Saúde Digital
- Saúde e Espiritualidade em Pediatria
- Saúde Mental
- Saúde Oral
- Saúde Planetária - Saúde Única
- Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal

Sumário

A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM PACIENTES PEDIÁTRICOS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA: ÊNFASE NO DOMÍNIO ESCOLAR 1

A REALIDADE DA CRIANÇA BRASILEIRA EM DIÁLISE: PRIMEIROS RESULTADOS DO ESTUDO DAPEDI (DADOS PEDIÁTRICOS DE DIÁLISE) 2

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO ASSOCIADO À STEC-SHU EM LACTENTE: O RELATO DE UMA MANIFESTAÇÃO RARA 3

ACIDOSE METABÓLICA HIPERCLORÊMICA COM INCAPACIDADE DE ACIDIFICAÇÃO URINÁRIA EM LACTENTE COM INVESTIGAÇÃO PARA ITUS DE REPETIÇÃO: RELATO DE CASO SUGESTIVO DE ACIDOSE TUBULAR RENAL DISTAL 4

ACIDOSE TUBULAR RENAL DISTAL ASSOCIADA A VARIANTE EM SLC4A1 EM CRIANÇA COM ATRASO DE CRESCIMENTO E NEFROCALCINOSE 5

ACIDOSE TUBULAR RENAL DISTAL: RAQUITISMO REFRATÁRIO, BAIXA ESTATURA E NEFROCALCINOSE COMO SINAIS DE ALERTA 6

ALÉM DAS INFECÇÕES: OUTRAS CAUSAS DE INTERNAÇÃO EM CRIANÇAS EM DIÁLISE PERITONEAL CRÔNICA 7

ALTERAÇÕES NO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES POR INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS NO BRASIL ANTES, DURANTE E APÓS A PANDEMIA DE COVID-19 8

AMINOGLICOSÍDEOS NO TRATAMENTO DA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO FEBRIL NA FAIXA ETÁRIA PEDIÁTRICA – USAR OU NÃO USAR, EIS A QUESTÃO 9

AMNIOINFUSÃO SERIADA: UMA ALTERNATIVA PARA DOENÇA POLICÍSTICA NEONATAL 10

AMPLIANDO O ESPECTRO GENOTÍPICO DA DOENÇA DE DENT: UM RELATO DE CASO PEDIÁTRICO COM UMA NOVA VARIANTE DO GENE CLCN5 (P.ASP797TYR) E VALIDAÇÃO CLÍNICA LONGITUDINAL 11

ANÁLISE DO GANHO PONDERAL NO PRIMEIRO ANO PÓS-TRANSPLANTE RENAL PEDIÁTRICO COM DOADOR FALECIDO 12

ANORMALIDADES PRECOCES DA PRESSÃO ARTERIAL EM PREMATUROS DE MUITO BAIXO PESO AO NASCER: SURGIMENTO PRECOCE E TRAJETÓRIAS HOMOGÊNEAS 13

APÊNDICES AURICULARES COMO MARCADOR DE ANOMALIAS RENAIS CONGÊNITAS NA PEDIATRIA 14

APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE RAQUITISMO HIPOFOSFATÊMICO RELACIONADO COM VARIANTES EM SLC34A3 – RELATO DE CASO.... 15

ASSOCIAÇÃO DE VARIANTES EM RELAÇÃO AO RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE SÍNDROME NEFRÓTICA CORTICOSSENSÍVEL EM UMA AMOSTRA DA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA BRASILEIRA 16

ASSOCIAÇÃO ENTRE SÍNDROME DE BARTTER E COLELITÍASE EM PEDIATRIA 17

ASSOCIAÇÃO ENTRE TUBULOPATIAS RENAIS E BAIXA ESTATURA EM CRIANÇAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA 18

AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À PROGRESSÃO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UM ESTUDO RETROSPECTIVO 19

AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA E RESPOSTA À AMILORIDA – ESTUDO PROSPECTIVO NA SINDROME NEFRÓTICA CORTICOSSENSÍVEL DESCOMPENSADA 20

AVANÇOS NO TRATAMENTO DA SÍNDROME NEFRÓTICA PEDIÁTRICA: RITUXIMABE COMO NOVA OPÇÃO TERAPÊUTICA 21

BARTONELOSE SISTÊMICA E DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA PÓS-TRANSPLANTE RENAL: DILEMAS DIAGNÓSTICOS 22

BIOMARCADORES URINÁRIOS NA DETECÇÃO DE INJÚRIA RENAL AGUDA NEONATAL E NA PREMATURIDADE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA 23

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, LABORATORIAIS E GENÉTICAS DAS TUBULOPATIAS HEREDITÁRIAS EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA NO NORDESTE DO BRASIL: ESTUDO RETROSPECTIVO. 24

CISTITE HEMORRÁGICA INDUZIDA POR ADENOVÍRUS EM TRANSPLANTE RENAL PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO 25

COMPLICAÇÕES EM 1000 TRANSPLANTES RENAIS PEDIÁTRICOS: ANÁLISE DE UM CENTRO. 26

COMPROMETIMENTO PSICOSSOCIAL DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS COM SÍNDROME NEFRÓTICA: ANÁLISE PRELIMINAR DE AUTORRELATO E RELATO DOS CUIDADORES 27

CONCORDÂNCIA ENTRE DINAMÔMETRO DIGITAL DE BAIXO CUSTO E PADRÃO-OURO NA AVALIAÇÃO DA FORÇA DE PREENSÃO PALMAR EM ADOLESCENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA 28

CONHECENDO MELHOR A SÍNDROME HEMOLÍTICO URÊMICA ATÍPICA (SHUA) EM MINAS GERAIS (MG): PREVALÊNCIA MÍNIMA, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E TERAPÊUTICA. 29

CONTROLE PERIOPERATÓRIO DE NEFRECTOMIA EM CRIANÇA COM HIPERTENSÃO RENOVASCULAR POR ARTERITE DE TAKAYASU: RELATO DE CASO 30

CORRELAÇÃO ENTRE DIÂMETRO RETAL E ALTERAÇÕES DO TRATO URINÁRIO NA ULTRASSONOGRAFIA FUNCIONAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DISFUNÇÃO DO TRATO URINÁRIO INFERIOR .. 31

CRIANÇAS DE BAIXO PESO (MENOR 15 KG) SUBMETIDAS A HEMODIÁLISE CRÔNICA: ANÁLISE DE CRESCIMENTO, TAXA DE SOBREVIDA E FATORES DE RISCO 32

DESCRIPTIVE ANALYSIS OF REAL-WORLD ENROLLMENT DATA OF PEDIATRIC AND ADULT PATIENTS FROM A GLOBAL PRIMARY HYPEROXALURIA TYPE 1 REGISTRY (BONAPH1DE) 33

DIABETES INSIPIDUS NEFROGÊNICO (DIN) PRIMÁRIO - SÉRIE DE CASOS DE UM SERVIÇO UNIVERSITÁRIO 34

DIAGNÓSTICO DE IRA PELA AUSÊNCIA DE QUEDA DA CREATININA NOS PRIMEIROS 7 DIAS DE VIDA DO RECÉM-NASCIDO: ANÁLISE COMPARATIVA COM CRITÉRIOS KDIGO EM COORTE DE 4087 PACIENTES 35

DIAGNÓSTICO E EVOLUÇÃO A LONGO PRAZO DE PORTADORES VÁLVULA DE URETRA POSTERIOR ACOMPANHADOS UM AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA EM NEFROLOGIA PEDIÁTRICA DE UMA CAPITAL DO NORDESTE DO PAÍS 36

DIÁLISE NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA: IMPACTOS CLÍNICOS E DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS 37

DO ENIGMA CLÍNICO À LAPAROTOMIA: LITÍASE VESICAL MASCARADA EM CENÁRIO DE VULNERABILIDADE PEDIÁTRICA 38

DOENÇA GLOMERULOCÍSTICA EM PACIENTE PEDIÁTRICA COM DOENÇA RENAL CRÔNICA AVANÇADA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE ETIOLOGIAS GENÉTICAS 39

DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA PÓS TRANSPLANTE RENAL PEDIÁTRICO: UMA ANÁLISE RETROSPECTIVA EM CENTRO DE REFERÊNCIA 40

DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA PÓS-TRANSPLANTE – EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO ESPECIALIZADO EM TRANSPLANTE RENAL PEDIÁTRICO 41

DOENÇA RENAL CRÔNICA EM PEDIATRIA: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA NO MUNICÍPIO DE BELÉM - PARÁ 42

DOENÇA RENAL CRÔNICA TERMINAL COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE HIPOPLASIA RENAL BILATERAL: RELATO DE CASO EM ADOLESCENTE COM AZOTEMIA GRAVE 43

DOENÇA RENAL CRÔNICA TERMINAL EM 5 CRIANÇAS INDÍGENAS DA ETNIA GUAJAJARA – RELATO DE CASOS. 44

DOENÇA RENAL POLICÍSTICA AUTOSSÔMICA RECESSIVA (ARPKD-PKHD1) DIAGNOSTICADA APÓS SEPSE DE FOCO ABDOMINAL POR SALMONELOSE SISTÊMICA E RINOVÍRUS ASSOCIADO: RELATO DE CASO CLÍNICO 45

DOENÇA RENAL POLICÍSTICA E HIPOGLICEMIA HIPERINSULINÊMICA ASSOCIADAS A VARIANTES NO GENE PMM2 (PMM2-HIPKD): PRIMEIRO RELATO DE CASO NO BRASIL 46

EDEMA REFRATÁRIO NA SÍNDROME NEFRÓTICA (SN)- ALGO EM COMUM COM A ´LEAK SYNDROME´?: UM RELATO DE CASO. 47

EFEITO DA ADMINISTRAÇÃO DE CÁLCIO E VITAMINA D NA DENSIDADE MINERAL ÓSSEA DE CRIANÇAS COM SÍNDROME NEFRÓTICA IDIOPÁTICA: RESULTADOS PRELIMINARES DE SERVIÇO TERCIÁRIO . 48

EFICÁCIA DOS EFEITOS RENOPROTETORES DO INIBIDOR DE SGLT2 DAPAGLIFLOZINA EM DOIS PACIENTES COM DRC PROTEINÚRICA HEREDITÁRIA 49

EFICÁCIA E SEGURANÇA DO PARICALCITOL INTRAVENOSO EM CRIANÇAS EM HEMODIÁLISE COM HIPERPARATIREOIDISMO SECUNDÁRIO 50

EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA SECUNDÁRIA A RENINOMA: UM CASO PEDIÁTRICO RARO 51

ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA (PRES) SECUNDÁRIA A GLOMERULONEFRITE DIFUSA AGUDA: RELATO DE CASO 52

EPIDEMIOLOGIA DA INJÚRIA RENAL AGUDA NEONATAL EM CENTRO TERCIÁRIO BRASILEIRO: PREVALÊNCIA E DESFECHOS EM COORTE DE 4.582 RECÉM-NASCIDOS 53

EPIDEMIOLOGIA DO TRATAMENTO DIALÍTICO CRÔNICO ENTRE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM UMA CAPITAL DO NORDESTE DO BRASIL 54

EVOLUÇÃO DA TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR E SOBREVIDA DO ENXERTO EM TRANSPLANTES RENAIS PEDIÁTRICOS POR CINCO ANOS 55

EVOLUÇÃO PÔNDERO-ESTATURAL EM UMA COORTE DE PACIENTES PEDIÁTRICOS APÓS CINCO ANOS DE TRANSPLANTE RENAL 56

EXISTE INTERAÇÃO ENTRE HIPERTENSÃO ARTERIAL E PROTEINÚRIA NA PROGRESSÃO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA PEDIÁTRICA? EVIDÊNCIAS DE UMA COORTE MULTICÊNTRICA BRASILEIRA. 57

EXPERIÊNCIA CLÍNICA COM O SISTEMA AQUADEX SMARTFLOW® EM PACIENTES CRÍTICOS PEDIÁTRICOS ABAIXO DE 8 KG: SÉRIE DE CASOS E DESAFIOS DE IMPLEMENTAÇÃO 58

EXPERIÊNCIA DO USO DA DOSAGEM CAPILAR DE CREATININA NO RASTREAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA EM CRIANÇAS 59

FATORES ASSOCIADOS AO DANO RENAL EM CRIANÇAS COM MIELOMENINGOCELE: REVISÃO SISTEMÁTICA DOS ÚLTIMOS 10 ANOS 60

FATORES CLÍNICOS E ANTROPOMÉTRICOS ASSOCIADOS À MASSA MAGRA APENDICULAR EM ADOLESCENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA 61

FATORES PREDITORES DA SÍNDROME CARDIORRENAL TIPOS 3 E 5 EM RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL..... 62

FATORES PREDITORES DE MORTALIDADE EM CRIANÇAS SUBMETIDAS À TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA CONTÍNUA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ANÁLISE DE 8 ANOS 63

FETOPATIA POR BLOQUEIO DO SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA ASSOCIADA AO USO DE LOSARTANA NA GESTAÇÃO GEMELAR: RELATO DE CASO COM DESFECHOS RENAIS DISTINTOS..... 64

FUNÇÃO TARDIA DO ENXERTO EM TRANSPLANTE RENAL PEDIÁTRICO EM UMA COORTE RETROSPECTIVA..... 65

GLOMERULOESCLEROSE SEGMENTAR E FOCAL EM PACIENTE PEDIÁTRICO MENOR DE 2 ANOS AGRAVADO POR COMORBIDADES - RELATO DE CASO..... 66

GLOMERULONEFRITE MEMBRANOSA NA INFÂNCIA: REVISÃO SISTEMÁTICA..... 67

GLOMERULONEFRITE RAPIDAMENTE PROGRESSIVA POR CRIOGLOBULINEMIA EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO . 68

GLOMERULOPATIA MEMBRANOSA EM IDADE PEDIÁTRICA: UM RELATO DE CASO..... 69

HEMANGIOMA VESICAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE HEMATÚRIA NA CRIANÇA 70

HEMODIAFILTRAÇÃO ONLINE EM CRIANÇAS: EXPERIÊNCIA EM CENTRO ÚNICO 71

HEMODIÁLISE - NO TRATAMENTO DA INTOXICAÇÃO POR ÁCIDO CRÔMICO ("LIMPA PRATA") 72

HEMORRAGIA GRAVE NO PERIOPERATÓRIO DE TRANSPLANTE RENAL EM CRIANÇAS: FREQUÊNCIA, FATORES DE RISCO E CONSEQUÊNCIAS 73

HIPERCALCEMIA GRAVE NA SÍNDROME DE WILLIAMS-BEUREN COM PROGRESSÃO PRECOCE PARA DOENÇA RENAL CRÔNICA DIALÍTICA: DESAFIOS NO MANEJO E NO PREPARO PARA TRANSPLANTE RENAL 74

HIPEROXALÚRIA PRIMÁRIA: RELATO DE CASO EM LACTENTE 75

HIPERTENSÃO RENOVASCULAR NÃO IDENTIFICADA EM PACIENTE ATLETA DE ALTO RENDIMENTO. RELATO DE CASO 76

HOSPITALIZAÇÃO NA INFÂNCIA: O PANORAMA DA UROLITÍASE PEDIÁTRICA NA AMAZÔNIA BRASILEIRA EM UMA DÉCADA 77

IMPACTO DO TRATAMENTO PREEMPTIVO VERSUS PROFILÁTICO NA PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS À INFECÇÃO PELO CITOMEGALOVÍRUS EM PACIENTES PEDIÁTRICOS SUBMETIDOS A TRANSPLANTE RENAL 78

INFECÇÃO DE CORRENTE SANGUÍNEA ASSOCIADA A CATETER EM HEMODIÁLISE PEDIÁTRICA: INCIDÊNCIA, PERFIL MICROBIOLÓGICO E DESFECHOS CLÍNICOS (2020–2025) 79

INFECÇÃO DE CORRENTE SANGUÍNEA ASSOCIADA AO CATETER DE HEMODIÁLISE EM PACIENTES PEDIÁTRICOS: ANÁLISE INTRA-HOSPITALAR 80

INFECÇÃO GRAVE POR DENGUE NO PERÍODO PÓS-TRANSPLANTE RENAL IMEDIATO EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO 81

INFECÇÃO POR CITOMEGALOVIRUS (CMV) NA SÍNDROME NEFRÓTICA IDIOPÁTICA (SNI) -DILEMAS NO DIAGNÓSTICO E NO TRATAMENTO ... 82

INFECÇÃO POR DENGUE NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO EM RECEPTORES DE TRANSPLANTE RENAL DE UM MESMO DOADOR FALECIDO: RELATO DE DOIS CASOS 83

INFECÇÃO URINÁRIA DE REPETIÇÃO E ENURESE COMO MANIFESTAÇÕES INICIAIS DE MEDULA ANCORADA COM EVOLUÇÃO PARA DOENÇA RENAL CRÔNICA 84

INJÚRIA RENAL AGUDA EM PEDIATRIA: IMPACTOS NA SAÚDE INFANTIL 85

INJÚRIA RENAL EM NEONATOS PREMATUROS: ATUALIZAÇÕES DO PANORAMA CIENTÍFICO. 86

INVESTIGAÇÃO CLÍNICA DO USO DE FINERENONA EM CRIANÇAS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA E PROTEINURIA: DESENHO DO ESTUDO FIONA E DO ESTUDO DE EXTENSÃO FIONA-OLE. 87

LACTENTE COM NEFROLITÍASE MÚLTIPLA ASSOCIADA A HIPERVITAMINOSE D 88

LONG-TERM EFFICACY, SAFETY, AND GROWTH OUTCOMES IN THE PHASE 3 ILLUMINATE-B TRIAL OF LUMASIRAN FOR PRIMARY HYPEROXALURIA TYPE 1 IN INFANTS AND YOUNG CHILDREN 89

MACHINE LEARNING EM COORTE LOCAL DE 4.582 RECÉM-NASCIDOS: PREDIÇÃO DE INJÚRIA RENAL AGUDA PARA IMPLEMENTAÇÃO DE SISTEMA DE SUPORTE À DECISÃO CLÍNICA 90

MANEJO DIALÍTICO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA GRAVE EM PACIENTE DE BAIXO PESO EM HEMODIÁLISE CRÔNICA: MUDANÇA DE MÉTODO DIALÍTICO COMO PROPOSTA TERAPÊUTICA 91

MANIFESTAÇÕES RENAIS E EVOLUÇÃO CLÍNICA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM ESCLEROSE TUBEROSA 92

MELHORA DA FUNÇÃO TUBULAR RENAL DECORRENTE DO TRANSPLANTE HEPÁTICO REALIZADO EM PACIENTE COM DIAGNÓSTICO TARDIO DE TIROSINEMIA HEREDITÁRIA TIPO 1 93

NA AMAZÔNIA BRASILEIRA: UMA DÉCADA DE INTERNAÇÕES POR SÍNDROMES NEFRÍTICAS E GLOMERULOPATIAS NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA 94

NEFRECTOMIA POR NEFROPATIA DE REFLUXO EM PACIENTE PEDIÁTRICO: UM RELATO DE CASO. 95

NEFRITE LÚPICA DE EVOLUÇÃO RÁPIDA PARA FALÊNCIA RENAL EM CRIANÇA DE 8 ANOS: RELATO DE CASO DE APRESENTAÇÃO FULMINANTE E OS DESAFIOS CLÍNICOS/TERAPÊUTICOS. 96

NEFRITE LÚPICA MEMBRANOSA COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO EM PACIENTE PEDIÁTRICO COM SOROLOGIA ATÍPICA: RELATO DE CASO 97

NEFRONIA LOBAR AGUDA EM PEDIATRIA: RELATO DE CASO 98

NEFROPATIA FULL-HOUSE EM PACIENTE SORONEGATIVA PARA LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: UM RELATO DE CASO 99

NO CAMINHO DO CUIDADO: O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO 100

NÓS RELATAMOS QUATRO CASOS DE CISTINOSE NEFROPÁTICA (CN), DIAGNOSTICADOS NOS ÚLTIMOS 13 ANOS. 101

O ÍNDICE DE SELETIVIDADE DA PROTEINÚRIA TEM VALOR PREDITIVO PARA INDICAR A EVOLUÇÃO PARA PROGRESSÃO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA NA SÍNDROME NEFRÓTICA IDIOPÁTICA? 102

OBESITY AND CARDIOMETABOLIC RISK IN KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS: A SYSTEMATIC REVIEW 103

PAPEL DA UROFLUXOMETRIA EM PREDIZER PROGNÓSTICO DO TRATAMENTO DA ENURESE NOTURNA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA 104

PERFIL CLÍNICO, METABÓLICO E NUTRICIONAL DE PACIENTES PEDIÁTRICOS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC) 105

PERFIL DE PACIENTES PEDIÁTRICOS COM LITÍASE URINÁRIA E NEFROCALCINOSE DE ORIGEM GENÉTICA 106

PERFIL DE PACIENTES PORTADORES DE SÍNDROME NEFRÓTICA SUBMETIDOS A TERAPIA COM RITUXIMABE EM HOSPITAL TERCIÁRIO NO RIO DE JANEIRO 107

PERFIL DE PACIENTES TRANSPLANTADOS EM HOSPITAL TERCIÁRIO RIO DE JANEIRO NO PERÍODO DE 2020 A 2024 E DAS INTERNAÇÕES NO PRIMEIRO ANO PÓS TRANSPLANTE 108

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES POR HIPERTENSÃO ARTERIAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM BELÉM (PA) ENTRE OS ANOS DE 2020 A 2024 109

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM TUBULOPATIAS PRIMÁRIAS ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO QUATERNÁRIO EM SÃO PAULO 110

PIELONEFRITE DE REPETIÇÃO COMO MANIFESTAÇÃO DE IMUNODEFICIÊNCIA PRIMÁRIA ASSOCIADA À MUTAÇÃO STING1: RELATO DE CASO 111

POLIANGEÍTE MICROSCÓPICA COM GLOMERULONEFRITE CRESCENTE PAUCI-IMUNE EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO 112

PREDIÇÃO DE HIPERTENSÃO MASCARADA COM MACHINE LEARNING EM 884 ADOLESCENTES UTILIZANDO PRESSÃO ARTERIAL DE CONSULTÓRIO E ÍNDICE DE MASSA CORPORAL 113

PREDIÇÃO DO TAMANHO DO ENXERTO RENAL COM BASE NA SUPERFÍCIE CORPORAL DO DOADOR 114

PREMATURIDADE COMO DETERMINANTE PRECOCE DE RISCO CARDIORRENAL: EVIDÊNCIAS DE ALTERAÇÕES SUBCLÍNICAS EM COORTE DE MUITO BAIXO PESO AO NASCER 115

PROGNÓSTICO PROMISSOR NA SÍNDROME DE GRACILE: RELATOS DE CASOS 116

PROTEINÚRIA NEFRÓTICA EM ADOLESCENTE COM DIABETES MELLITUS TIPO 1 REVELANDO GLOMERULOESCLEROSE SEGMENTAR E FOCAL ASSOCIADA À NEFROPATIA DIABÉTICA. 117

PSEUDOANEURISMA INFECCIOSO APÓS TRANSPLANTE RENAL PEDIÁTRICO ASSOCIADO A INFECÇÃO DERIVADA DO DOADOR POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUTORA DE CARBAPENEMASE 118

QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA E SEUS RESPONSÁVEIS: ÊNFASE NOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS E RELAÇÕES SOCIAIS 119

RASTREIO DE CAKUT NO LACTENTE FEBRIL NO PRONTO-SOCORRO: CONSTRUÇÃO DE UM ALGORITMO REMIOLÓGICO RÁPIDO 120

RECORRÊNCIA DE GESF EM PACIENTES TRANSPLANTADOS RENAIS PEDIÁTRICOS: RESPOSTA AO TRATAMENTO E IMPACTO NO DESFECHO 121

RELATO DE UM CASO: SINDROME UROFACIAL DE OCHOA..... 122

RESULTADOS CLÍNICOS E OPERACIONAIS DA IMPLEMENTAÇÃO DE UM GRUPO DE NEFROLOGIA PEDIÁTRICA HOSPITALAR EM UM HOSPITAL PRIVADO..... 123

SINDROME DE ANTICORPO ANTI-FOSFOLÍPIDE (SAAF) CATASTRÓFICA APÓS USO DE ELTROMBOPAG – RELATO DE CASO. 124

SÍNDROME DE BARTTER: CARACTERIZAÇÃO DE UMA COORTE EM UM CENTRO UNIVERSITÁRIO ÚNICO 125

SÍNDROME DE DELEÇÃO 17Q12: VARIABILIDADE FENOTÍPICA..... 126

SÍNDROME DE LOWE: DESCRIÇÃO DE CASUÍSTICA DE EM UM SERVIÇO UNIVERSITÁRIO 127

SÍNDROME DE PRUNNE BELLY: UMA SÉRIE DE CASOS 128

SÍNDROME HEMOFAGOCITICA COMO COMPLICAÇÃO DE SHU: RELATO DE CASO EM ESCOLAR NO RIO DE JANEIRO 129

SÍNDROME HEMOLÍTICO-URÊMICA ATÍPICA ASSOCIADA A VARIANTES NO GENE C3 EM PACIENTES PEDIÁTRICOS: RELATO DE DOIS CASOS 130

SÍNDROME NEFRÓTICA CONGÊNITA ASSOCIADA A INFECÇÃO POR CMV - UM CASO DE DIFÍCIL MANEJO 131

SÍNDROME NEFRÓTICA CONGÊNITA GRAVE SECUNDÁRIA AO CITOMEGALOVÍRUS COM REMISSÃO COMPLETA..... 132

SÍNDROME NEFRÓTICA CORTICORRESISTENTE: A IMPORTÂNCIA DA BIOPSIA RENAL NO DIAGNÓSTICO E ORIENTAÇÃO DO TRATAMENTO 133

SÍNDROME NEFRÓTICA CORTICOSSENSÍVEL EM GÊMEOS MONOZIGÓTICOS: IMPACTO DA EXPOSIÇÃO TERAPÊUTICA NO CRESCIMENTO LINEAR 134

SÍNDROME NEFRÓTICA DE INÍCIO RECENTE EM ADOLESCENTE APÓS IMUNIZAÇÃO: RELATO DE CASO 135

SÍNDROME NEFRÓTICA E ACIDENTE COM ARANHA: UMA FATALIDADE 136

SÍNDROME NEFRÓTICA E MONOARTRITE ASSOCIADAS À INFECÇÃO AGUDA PELO VÍRUS EPSTEIN-BARR EM LACTENTE: RELATO DE CASO 137

SOBREVIDA DO ENXERTO EM TRANSPLANTES RENAIS PEDIÁTRICOS: COORTE HISTÓRICA COM 1.000 TRANSPLANTES 138

TERAPIA DE SUBSTITUIÇÃO RENAL NA INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA PÓS-CIRURGIA CARDÍACA PEDIÁTRICA: PERFIL CLÍNICO E DESFECHOS EM CENTRO QUATERNÁRIO 139

TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA EM PACIENTES COM SÍNDROME DE PRUNE BELLY- CASUÍSTICA DE 25 ANOS 140

TRANSPLANTE EM PEDIATRIA: DESAFIOS NO CUIDADO DE CRIANÇAS TRANSPLANTADAS 141

TRANSPLANTE RENAL EM ADOLESCENTE COM PLAQUETOPENIA GRAVE POR DOENÇA RELACIONADA AO GENE MYH9 - SÍNDROME DE FECHTNER 142

TUBERCULOSE RENAL DO ENXERTO DE DOADOR FALECIDO EM TRANSPLANTE RENAL PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO 143

TUBERCULOSE RENAL EM PEDIATRIA: RELATO DE CASO 144

USO COMPASSIVO DE CICLOSSILICATO DE ZIRCÔNIO SÓDICO NO MANEJO DA HIPERCALEMIA REFRATÁRIA EM LACTENTE COM DOENÇA RENAL CRÔNICA SECUNDÁRIA A VÁLVULA DE URETRA POSTERIOR: UM RELATO DE CASO 145

VALIDAÇÃO DE ESCORE DE RISCO ATRAVÉS DO SEU VALOR PREDITIVO NEGATIVO NO DIAGNÓSTICO PRECOCE DE DOENÇA RENAL CRÔNICA 146

A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM PACIENTES PEDIÁTRICOS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA: ÊNFASE NO DOMÍNIO ESCOLAR

SUZANA ARAÚJO E SILVA HARTMANN (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS), MARCELA OLIVEIRA FARIA BRAGA BORGES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS), PATRICIA MARQUES FORTES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS), GIOVANNA MARIA DE MESQUITA PAIVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS), RENATA SILVA FARIA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS), ALESSANDRA VITORINO NAGHETTINI (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS)

Introdução: A Doença Renal Crônica (DRC) na infância é uma condição progressiva associada a repercussões que ultrapassam o âmbito clínico, comprometendo o desenvolvimento global da criança e do adolescente. Além das limitações físicas impostas pela doença e pelo tratamento, pacientes pediátricos com DRC frequentemente enfrentam absenteísmo escolar, fadiga crônica, dificuldades cognitivas e efeitos adversos das terapias, fatores que impactam diretamente o desempenho acadêmico e a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS). Compreender o impacto da DRC sobre esse componente e sua relação com variáveis clínicas é essencial para orientar intervenções integrais e multiprofissionais. Objetivos: Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de pacientes pediátricos com doença renal crônica (DRC), com ênfase no domínio escolar, e investigar sua associação com variáveis clínicas. Metodologia: Estudo observacional, analítico, transversal, realizado em serviço de nefrologia pediátrica de hospital terciário. Foram incluídos pacientes pediátricos com DRC, avaliados pelo instrumento PedsQLTM 4.0, que contempla os domínios físico, emocional, social e escolar. As variáveis clínicas analisadas foram idade, peso, estatura, índice de massa corporal e pressão arterial. Realizou-se análise descritiva e inferencial com aplicação do teste de correlação de Pearson após verificação da normalidade dos dados. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 86571624.5.0000.5083). Resultados: Foram avaliados 30 pacientes (66,7% do sexo masculino). A QVRS apresentou comprometimento global, com escore total médio de 63,74 ± 16,82. O domínio escolar foi o mais comprometido (53,83 ± 25,75), seguido dos domínios físico (63,24 ± 16,32), social (68,33 ± 24,68) e emocional (69,54 ± 19,19), evidenciando maior vulnerabilidade desse componente em relação aos demais. Na análise de correlação entre o domínio escolar e as variáveis clínicas, observaram-se associações de magnitude fraca: idade ($r = 0,18$, $p = 0,337$), peso ($r = 0,11$, $p = 0,565$), estatura ($r = 8722,0,33$, $p = 0,082$), IMC ($r = 8722,0,06$, $p = 0,749$) e pressão arterial ($r = 0,005$, $p = 0,980$). O estágio da DRC também não se associou significativamente aos escores de QVRS (961, = 8722,0,11, $p = 0,58$). Esses resultados sugerem que o comprometimento escolar na DRC pediátrica não é explicado isoladamente por parâmetros clínicos convencionais, apontando para a influência de fatores como fadiga, efeitos do tratamento e dificuldades cognitivas. Conclusão: Pacientes pediátricos com DRC apresentam prejuízo importante da QVRS, com destaque para o domínio escolar como o componente mais vulnerável. O comprometimento observado não se associou significativamente às variáveis clínicas analisadas, reforçando que o impacto da DRC na infância é multifatorial e vai além da gravidade clínica. Esses achados sustentam a necessidade de abordagem integral e multiprofissional, com suporte psicossocial, educacional e familiar.

A REALIDADE DA CRIANÇA BRASILEIRA EM DIÁLISE: PRIMEIROS RESULTADOS DO ESTUDO DAPEDI (DADOS PEDIÁTRICOS DE DIÁLISE)

MARCELO DE SOUSA TAVARES (SANTA CASA DE BELO HORIZONTE), LUCIMARY DE CASTRO SYLVESTRE (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), MARIA LUIZA MOREIRA DO VAL (UNIFESP), INALDA FACINCANI (HCFMUSP-RP), SUMARA ZUANAZI PINTO RIGATTO (UNICAMP), HELEN CRISTINA DE SOUZA (SANTA CASA DE BELO HORIZONTE), ALESSANDRA VITORINO NAGHETTINI (NEFROCLINICA DE GOIÂNIA), MARCELA CORREA DE ARAUJO PANDOLFI (NSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA)

Introdução: O Brasil carece de dados referentes à população pediátrica em diálise, seja diálise peritoneal (DP), hemodiálise (HD), ou hemodiafiltração (HDF) para comparação com parâmetros internacionais de qualidade. Objetivos: O Estudo DAPEDI (Dados Pediátricos de Diálise) é um estudo multicêntrico de 28 centros brasileiros de todas as regiões do Brasil e visa conhecer o perfil dos pacientes em diálise com idade abaixo de 18 anos incluindo condição socioeconômica, parâmetros demográficos,nutricionais, metabólicos, complicações e evolução ao longo de 18 meses ou até apresentar um desfecho que leve à saída do estudo (transplante, transferência de centro, recuperação da função renal ou óbito). Metodologia: Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Coordenador, foram convidados os outros centros de pesquisa e elaborado questionário online para preenchimento. Os centros cuja aprovação já ocorreu, iniciaram envio dos dados através de plataforma Microsoft Forms e posteriormente recolhidos no mês de março de 2026 em planilha de Excel. A análise estatística foi feita pelo PAST (PAST: Paleontological statistics software package for education and data analysis.v.4.12b). Resultados: Foram recebidos dados de 43 pacientes oriundos de 6 centros, sendo 16 pacientes em DP, 3 em HDF e 24 em HD. Houve equivalência entre sexos (22 feminino, 21 masculino) e a seguinte distribuição étnica: pardos 17 (39,5%), brancos 20 (46,5%), pretos 6 (13,9%). Somente 1 paciente não era brasileiro nato. O nível educacional do cuidador foi desconhecido em 2 (4,6%), fundamental I completo/II incompleto em 7 (16,2%), fundamental II completo/médio incompleto em 12 (27,9%), médio completo/superior incompleto em 18 (41,8%) e superior completo em 4 (9,3%). Os maiores níveis educacionais foram observados nas regiões Sul e Sudeste. Dez crianças não frequentam escola (23,2%) e 11 (25,5%) 2 a 3 vezes/semana. A distância até o centro de diálise foi <10 km em 11 casos (25,5%) e mais de 100 km em 12 casos (27,9%), o mais referido. Exceto em 1 caso, todas residências tinham água encanada e rua pavimentada. As etiologias mais representadas foram CAKUT em 17 casos (39,5%) e GESF em 9 (20,9%), indeterminada em 4 (9,3%) e SHU em 3 (6,9%). Hipertensão arterial foi a comorbidade mais referida (28 casos, 65,1%),5 pacientes recebem suplementação dietética através de sonda nasoenteral ou gastrostomia (11,6%). Sete possuem alguma derivação urinária (16,2%). Anemia (Hb<10) é presente em 19 casos (44,1%), PTH >400 em 28(65,1%). Conclusão: O nível educacional baixo observado em 20,8% (ensino fundamental I completo) e a distância >100 km sabidamente dificultam as condições de tratamento das crianças em diálise. A alta prevalência de anemia e de hiperparatireoidismo nesta população precisam de melhor análise, mas podem ser reflexos desta condição, inclusive da adesão ao tratamento.

Palavras-chave: DIALISE. HEMODIÁLISE. DIALISE PERITONEAL. HEMODIAFILTRAÇÃO. CRIANÇA. BRASIL. ESTUDO MULTICÊNTRICO

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO ASSOCIADO À STEC-SHU EM LACTENTE: O RELATO DE UMA MANIFESTAÇÃO RARA

LIA CORDEIRO BASTOS AGUIAR (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN), GABRIELA SILVA TELES (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN), RAFAEL AVELINO LUCAS (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN), KATHIA LILIANE DA CUNHA RIBEIRO ZUNTINI (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN), ADRIANNA BARROS LEAL DANTAS (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN), DANIELLE CARVALHO PEDROSA (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN), CAMILA CAVALCANTE DE QUEIROZ SANTOS (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN), KÁTIA VIRGÍNIA ROCHA XAVIER (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN), FLÁVIA DIAS SILVEIRA (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN)

Introdução: A síndrome hemolítico-urêmica (SHU) é uma microangiopatia trombótica caracterizada pela tríade de anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e lesão renal aguda. A STEC-SHU associada à infecção por Escherichia coli produtora de toxina Shiga, é a principal causa de injúria renal aguda (IRA) na infância. Manifestações neurológicas ocorrem em cerca de 10–50%. Entre essas complicações, o acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico é incomum e gera grande morbimortalidade. Objetivos: Paciente previamente hígida, 1 ano. Iniciou em 18/01/2026 quadro de vômitos, diarreia sanguinolenta e queda do estado geral. Foi internada, evoluindo com convulsão e rebaixamento do nível de consciência, com necessidade de transferência para UTI de hospital secundário em 22/01/2026. Na admissão, foi intubada por estado de mal epilético. Evoluiu com IRA, iniciada hemodiálise em 23/01/2026. Realizou neuroimagem, evidenciando-se AVC isquêmico em núcleos lentiformes na tomografia de crânio, além de crises convulsivas e sinais de encefalopatia difusa ao eletroencefalograma. Foi transferida à UTI pediátrica do de nosso serviço para manutenção de cuidados em 28/01/2026, sendo evidenciado além da IRA, a presença de anemia hemolítica microangiopática e plaquetopenia, com diagnóstico de SHU. O painel de fezes que identificou E. coli enteroagregativa produtora de toxina Shiga-like, com pesquisa de ADAMTS13 normal, afastando púrpura trombótica trombocitopênica. Devido quadro neurológico súbito e fulminante, optado por investigação adicional com painel genético para SHU atípica, coletado em 04/03/2026 - aguardando resultado. Houve melhora clínica com retorno da diurese, permitindo extubação em 01/02/2026 e suspensão da diálise na mesma data. Evoluiu estável, com função renal normal, sem hipertensão arterial ou proteinúria, e em recuperação neurológica, apta para alta para seguimento com nefrologia, hematologia e neurologia pediátrica. Metodologia: Resultados: A toxina Shiga exerce papel central na fisiopatologia da SHU, causando lesão endotelial, ativação inflamatória e formação de microtrombos na microcirculação, especialmente renal. Eventos isquêmicos cerebrais associados à STEC-SHU são raros e refletem a gravidade da disfunção endotelial. O acometimento neurológico pode resultar de dano microvascular em regiões susceptíveis, como gânglios da base e tronco encefálico, pela combinação de disfunção endotelial e liberação de citocinas, causando inflamação local, ativação do complemento e trombose microvascular. Há descrição de diferentes padrões de comprometimento do sistema nervoso central, incluindo convulsões, encefalopatia e AVC, reforçando a necessidade de vigilância neurológica. Conclusão: O caso ilustra uma forma grave de STEC-SHU associada a complicações neurológicas significativas, incluindo AVC isquêmico e crises convulsivas. O reconhecimento precoce e a abordagem multidisciplinar são fundamentais para redução da morbidade, reforçando a importância da investigação neurológica e a complexidade desta condição.

Palavras-chave: SÍNDROME HEMOLÍTICO URÊMICA. HEMODIÁLISE. INJÚRIA RENAL AGUDA

ACIDOSE METABÓLICA HIPERCLORÊMICA COM INCAPACIDADE DE ACIDIFICAÇÃO URINÁRIA EM LACTENTE COM INVESTIGAÇÃO PARA ITUS DE REPETIÇÃO: RELATO DE CASO SUGESTIVO DE ACIDOSE TUBULAR RENAL DISTAL

RAQUEL DIAS DUARTE DE CASTRO (NEFROSTAR BELO HORIZONTE), MARIANA GUIMARÃES PENIDO DE PAULA (NEFROSTAR BELO HORIZONTE), CAROLINA MOURA DINIZ FERREIRA LEITE (MATERDEI CONTAGEM)

Introdução: A acidose tubular renal distal (ATR tipo I) caracteriza-se por defeito na secreção de íons hidrogênio no túbulo distal, resultando em acidose metabólica hiperclorêmica com ânion gap normal e pH urinário inapropriadamente elevado. Objetivos: Esse relato de caso trata se de lactente do sexo masculino em acompanhamento com especialidade, desde os 3 meses de vida, devido diagnóstico de hidronefrose não obstrutiva, evidenciada em cintilografia, e investigação para infecção urinária de repetição no primeiro ano de vida, com uroculturas positivas para Proteus mirabilis e ausência de refluxo vesicoureteral à uretrocistografia miccional. Durante seguimento clínico, observou se que lactente apresentava ganho pôndero-estatural insatisfatório progressivo. A partir de investigação dessa queixa, foi observado laboratorialemnte acidose metabólica persistente (pH 7,25–7,32, bicarbonato 19–22 mEq/L), com ânion gap sérico normal e função renal preservada. Destacou-se ainda nesses exames, pH urinário persistentemente elevado (8805,7,0–7,5), mesmo na vigência de acidose sérica, além de ânion gap urinário positivo, sugerindo redução da excreção de amônio. Os níveis de potássio mantiveram-se dentro da normalidade. Metodologia: Resultados: O conjunto de achados, especialmente a incapacidade de acidificação urinária, é compatível com acidose tubular renal distal. A ausência de hipocalemia não exclui o diagnóstico, sobretudo em lactentes ou formas incompletas, como o paciente. A história de infecção urinária por germes urease positivos pode contribuir para alcalinização urinária, porém não justifica isoladamente a acidose metabólica persistente. O paciente foi tratado com reposição de bicarbonato oral, com melhora dos parâmetros ácido-base e recuperação pôndero-estatural significativa. Conclusão: Este caso destaca a importância da avaliação integrada do pH urinário e do estado ácido-base no diagnóstico de ATR distal, em paciente lactente com falha de crescimento pôndero-estatural, mesmo em apresentações atípicas, permitindo intervenção precoce e melhor prognóstico.

Palavras-chave: ACIDOSE TUBULAR RENAL DISTAL. DÉFICT DE GANHO PONDERO-ESTATURAL. ATR TIPO I. ACIDOSE METABÓLICA.

ACIDOSE TUBULAR RENAL DISTAL ASSOCIADA A VARIANTE EM SLC4A1 EM CRIANÇA COM ATRASO DE CRESCIMENTO E NEFROCALCINOSE

THAIS LIRA CLETO-YAMANE (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), JOSÉ GUILHERME BARBOSA LEITE (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), SIMONE SILVA COLLOPY (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), HEITOR GUINANCIO DE SOUZA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), JAQUELINE LEAL SANTOS GOUVEIA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO)

Introdução: A acidose tubular renal distal (ATRd tipo I) é uma tubulopatia hereditária caracterizada por defeito na secreção de íons hidrogênio no túbulo distal, resultando em acidose metabólica hiperclorêmica, hipocalemia e alterações no crescimento. Geralmente manifesta-se na infância com atraso no crescimento ponderoestatural, nefrocalcinose e alterações ósseas. Entre os genes envolvidos, o SLC4A1 destaca-se por codificar o trocador aniônico AE1, essencial para a acidificação urinária. Relatamos o caso de menina de 9 anos com diagnóstico de ATRd tipo I e história familiar positiva, cujo painel genético identificou variante provavelmente patogênica no gene SLC4A1. Objetivos: Paciente do sexo feminino, 3 anos e 11 meses, admitida para investigação de taquipneia associada a acidose metabólica grave com pH 7,27 e bicarbonato 11,5 e hipocalemia de 3,1. Exame de urina evidenciou densidade 1010 e pH urinário de 7,0, sem proteinúria ou glicosúria. Ao exame físico apresentava baixo peso, baixa estatura importante, normotensão, taquipneia leve e deformidade em valgo de membros inferiores, sem dismorfismos. História familiar positiva para acidose tubular renal no pai. Ultrassonografia evidenciou rins tópicos com hiperecogenicidade medular bilateral compatível com nefrocalcinose. Radiografias de ossos longos demonstraram alterações metafisárias compatíveis com raquitismo e geno valgo bilateral. A associação entre acidose metabólica hiperclorêmica, hipocalemia e pH urinário inadequadamente elevado confirmou a hipótese de acidose tubular renal distal. Foi iniciada reposição de bicarbonato de sódio e cloreto de potássio, com normalização dos parâmetros laboratoriais. Durante o seguimento, teste genético identificou variante provavelmente patogênica no gene SLC4A1, compatível com o fenótipo clínico. Após cinco anos de acompanhamento, a paciente mantém função renal preservada, com clearance de creatinina de 96 ml/min/1,73 m2, porém com persistência de baixa estatura. Metodologia: Resultados: A presença de mutação em SLC4A1 reforça o papel desse gene na fisiopatologia da ATRd, podendo cursar com herança autossômica dominante e expressividade variável. Estudos demonstram que essas mutações levam a defeitos no tráfego e na estabilidade da proteína AE1, comprometendo sua função na membrana celular. Além disso, mecanismos recentes incluem alterações no pH intracelular, metabolismo energético e autofagia, ampliando a compreensão da doença. A variabilidade fenotípica observada, mesmo entre familiares, sugere penetrância incompleta e possível influência de genes modificadores. Conclusão: A ATRd tipo I é uma doença geneticamente heterogênea, cujo diagnóstico precoce é fundamental para prevenir complicações. A investigação genética, especialmente em casos familiares, contribui para melhor compreensão do fenótipo e orientação do manejo clínico e aconselhamento genético.

Palavras-chave: ACIDOSE TUBULAR RENAL

ACIDOSE TUBULAR RENAL DISTAL: RAQUITISMO REFRATÁRIO, BAIXA ESTATURA E NEFROCALCINOSE COMO SINAIS DE ALERTA

LIGIA DANTAS SOEIRO (IMIP), ISABELA SOUTO MAIOR (IMIP), MATHEUS DANTAS SOEIRO (IMIP), ANA PAULA DO NASCIMENTO (IMIP), ARICIA PESSOA DANTAS (IMIP), EMILIA MARIA DANTAS SOEIRO (IMIP), ANA CLAUDIA DE AQUINO CARNEIRO (IMIP), MARCELA DE ARAUJO PANDOLFI (IMIP)

Introdução: Raquitismo e baixa estatura são causas frequentes de avaliação pediátrica. Os distúrbios tubulares renais devem ser considerados nesses casos, pois o atraso no diagnóstico e tratamento podem levar a deformidades ósseas graves, muito baixa estatura e pior qualidade de vida. Objetivos: Adolescente de 11 anos, com dor crônica em membros inferiores desde a infância, marcha anormal desde o início da deambulação (18 meses), quedas frequentes e fraqueza. Nega poliúria ou polidipsia. Evoluiu com deformidades ósseas progressivas, escoliose e muito baixa estatura. Desde os 4 anos era acompanhada na atenção primária com hipótese de raquitismo, recebendo suplementação de vitamina D. Posteriormente, por ser observado hipofosfatemia, iniciado reposição com fosfato de cálcio. Manteve-se sem melhora clínica e sem diagnóstico definitivo, sendo então, encaminhada à nefrologia pediátrica por achado de nefrocalcinose em ultrassonografia renal. No exame físico inicial apresentava: peso 19,9 kg (Z 8722,3,2), estatura 102 cm (Z 8722,4,5), genu valgo bilateral, marcha anserina e escoliose toracolombar. Exames laboratoriais: Sangue: Na 139 mEq/L, K 3,2 mEq/L, Cl 111 mEq/L, reserva alcalina 11 mEq/L, creatinina 0,54 mg/dL, cálcio 9,4 mg/dL, fósforo 3,1 mg/dL, fosfatase alcalina 564 U/L, PTH 19,6 pg/mL, 25-OH vitamina D 33,2 ng/mL, 1,25(OH)8322,D8323, 29,67 pg/mL. Urina: densidade 1008, pH 8, Na 48 mEq/L, K 15 mEq/L, Cl 47 mEq/L, cálcio 4,8 mg/dL, creatinina 19 mg/dL, fósforo 34 mg/dL, ânion gap urinário 16. TmP/GFR: 2,33 mg/dL (reduzido). Radiografia de membros inferiores evidenciou genu valgo (13,1° à direita e 17,9° à esquerda) e redução da densidade óssea. Ultrassonografia renal mostrou nefrocalcinose medular bilateral. Exoma revelou variante patogênica no gene SLC4A1 (p.Arg589His). Foi iniciado tratamento com citrato de potássio, bicarbonato de sódio, calcitriol e ajustada a reposição de fósforo, com fosfato de potássio. Após três meses, a paciente encontrava-se assintomática, com melhora da deambulação e ganho de 2 cm de altura. Metodologia: Resultados: A ATRd hereditária pode manifestar-se na infância com atraso do crescimento, deformidades ósseas e nefrocalcinose, simulando raquitismo nutricional ou outras doenças ósseas metabólicas. Na ATRd, a acidose metabólica crônica favorece perda urinária de cálcio e fósforo, prejudica a mineralização óssea e contribui para a nefrocalcinose. Neste caso, o atraso diagnóstico e falta de tratamento adequado contribuíram para a persistência das manifestações ósseas. Conclusão: Este relato reforça a importância de considerar distúrbios tubulares renais no diagnóstico diferencial de raquitismo, baixa estatura e nefrocalcinose. A investigação do equilíbrio ácido–base e de eletrólitos renais possibilita diagnóstico precoce e prevenção de complicações ósseas e renais a longo prazo. O estudo genético tem papel fundamental para confirmação do diagnóstico e direcionamento terapêutico adequado.

ALÉM DAS INFECÇÕES: OUTRAS CAUSAS DE INTERNAÇÃO EM CRIANÇAS EM DIÁLISE PERITONEAL CRÔNICA

MARIA TERESA DOS SANTOS SILVA (HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE), ISADORA FACHIM (HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE), THIAGO MATNEI (HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE), LUIZZA GOMES DOS SANTOS CARVALHO (HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE), EDUARDO HENRIQUE DA CRUZ FERREIRA (HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE), RUBIA MOHR (HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE), JESSICA MAGDALIZ BÁEZ VELÁZQUEZ (HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE), NICOLE ANDERSON CORREIA (HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE), KAREN PREVIDI OLANDOSKI (HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE), ANA PAULA PEREIRA DA SILVA (HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE), ERICA FRANCISCA POTRICH BORTOLANZA (HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE), LUCCA FELIPE LINS CAJAZEIRAS MACEDO CAMPOS (HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE), SARAH ANNE PACKER (HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE), EVELISE MARY TISSORI VARGAS (HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE), LUCIMARY DE CASTRO SYLVESTRE (HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE)

Introdução: A Diálise Peritoneal (DP) é uma terapia de substituição renal que traz diversos benefícios na qualidade de vida do paciente com Doença Renal Crônica (DRC) estágio 5. Para a inserção do paciente pediátrico na DP são realizados diversos protocolos de treinamento com os cuidadores e o paciente é integrado em uma rede de assistência completa. O avanço desses protocolos reduziram a quantidade de internações por peritonite, porém ainda temos muitos outros motivos que levam à hospitalização desses pacientes. Objetivos: Análise das causas não infecciosas de hospitalização em pacientes pediátricos em DP crônica, acompanhados em um hospital pediátrico quaternário de referência. Metodologia: Realizada a análise de prontuário de todos os pacientes que estavam em acompanhamento em DP entre os anos de 2022-2024 no serviço. Resultados: Entre 2022-2024 23 pacientes fizeram DP por mais de 3 meses, sendo 19 do sexo masculino e 4 do sexo feminino, com mediana de idade de 4,11 anos na primeira internação no período avaliado. Houve um total de 77 internações dos pacientes em DP crônica. Todos os pacientes internaram pelo menos 1 vez e 1 paciente internou 7 vezes, tendo uma média de 2,5 internações por paciente ou um total de 246 internações a cada 100 pacientes-ano. Dessas 77 internações descartamos da análise 12 internações que o motivo inicial foi peritonite, 10 internações por outras causas infecciosas e 6 internações por motivos não relacionados à DP/DRC, restando 49 internações por causas não infecciosas relacionadas à DP/DRC. A principal causa de internação foi a obstrução de fluxo do cateter (36,7%), seguida por distúrbios hidroeletrolíticos ou de volume (24,4%) e a realização do transplante renal (16,3%). Tivemos ainda como motivo vazamento de fluido pelo cateter (6,1%), concorrer a transplante renal (6,1%), outras complicações de DRC (4%) e herniorrafia e mau funcionamento da máquina (ambas 2%). Conclusão: Neste serviço de nefrologia pediátrica, entre os anos de 2022-2024 a principal causa de internação não infecciosa relacionada à DP/DRC foi a obstrução do fluxo do cateter de DP. Também tivemos um número considerável de internações por distúrbios hidroeletrolíticos ou de volume. Dentre as internações, 22,4% não foram por complicações, mas sim para concorrer ou realizar um transplante renal.

Palavras-chave: DIÁLISE PERITONEAL CRÔNICA. CAUSAS DE INTERNAÇÃO.

ALTERAÇÕES NO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES POR INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS NO BRASIL ANTES, DURANTE E APÓS A PANDEMIA DE COVID-19

VITÓRIA GURTYEV GOMES DE QUEIROZ (UNICHRISTUS), ISABELA CALANDRINI SERRUYA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ), BRENDA LETÍCIA AMARAL DE SOUZA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ), LUIZA PINON NERY DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ), FERNANDA TÁVORA DOS SANTOS (FACULDADE EVANGÉLICA MACKENZIE DO PARANÁ), LETICIA LANI TEIXEIRA DAS CHAGAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ), BIANCA LOUREIRO MACIEL GOMES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ), MARIA EDUARDA SEABRA VIANA TUNDELO (CENTRO UNIVERSITÁRIO INTEGRADO), ÁDRIA JULIANA AUZIER DUARTE (UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ), JOÃO NETO LOPES GOMES (CENTRO UNIVERSITÁRIO METROPOLITANO DA AMAZÔNIA), JOSELI DA SILVA CALANDRINI SIDÔNIO SERRUYA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ)

Introdução: A insuficiência renal aguda na população pediátrica representa importante causa de morbimortalidade, estando associada a infecções, desidratação, doenças sistêmicas e internações hospitalares prolongadas, além de gerar impacto econômico significativo para o sistema de saúde. A análise de séries temporais permite compreender mudanças no perfil epidemiológico e possíveis impactos de eventos sanitários, como a pandemia de COVID-19, sobre as internações por condições agudas. Objetivos: Avaliar o perfil epidemiológico das internações por insuficiência renal aguda em pacientes pediátricos no Brasil, comparando os períodos pré-pandemia, pandemia e pós-pandemia de COVID-19, considerando número de internações, óbitos, permanência hospitalar e custos. Metodologia: Estudo ecológico, retrospectivo, de série temporal, baseado em dados secundários do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde. Foram analisadas internações por insuficiência renal aguda em pacientes de 0 a 19 anos no Brasil, no período de 2015 a 2024. As variáveis analisadas incluíram número de internações, óbitos, permanência média hospitalar e custos das internações, segundo ano de atendimento e região do país. Para análise comparativa, o período foi dividido em pré-pandemia (2015–2019), pandemia (2020–2022) e pós-pandemia (2023–2024). Resultados: Foram registradas 48.269 internações por insuficiência renal aguda em pacientes pediátricos no período analisado, com maior concentração na região Sudeste, seguida das regiões Nordeste e Sul. Observou-se redução das internações em 2020 em relação a 2019, com aumento progressivo nos anos subsequentes até 2024, quando os valores superaram o período pré-pandemia. O número total de óbitos foi de 1.774, mantendo relativa estabilidade ao longo dos anos, porém com aumento proporcional durante o período pandêmico em relação ao número de internações. A permanência média hospitalar foi de aproximadamente 9,7 dias, com tendência de aumento nos anos mais recentes, atingindo valores superiores a 11 dias no período pós-pandemia. Os custos hospitalares apresentaram crescimento progressivo ao longo do período, totalizando mais de 249 milhões de reais. Conclusão: Observou-se aterações no padrão das internações por insuficiência renal aguda em pacientes pediátricos ao longo do período analisado, com redução das internações no início da pandemia e aumento progressivo nos anos subsequentes, além de maior permanência hospitalar e aumento dos custos hospitalares, sugerindo alterações no perfil de gravidade dos pacientes e na utilização dos serviços hospitalares ao longo do período.

Palavras-chave: INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA. PEDIATRIA. HOSPITALIZAÇÃO.

AMINOGLICOSÍDEOS NO TRATAMENTO DA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO FEBRIL NA FAIXA ETÁRIA PEDIÁTRICA – USAR OU NÃO USAR, EIS A QUESTÃO

BRUNA BIALETZKI PAULETTI (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), MARJORIE FIGUEIREDO MANFREDO (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), BIANCA SESTREN (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), LAURA DE ALMEIDA LANZONI (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), RÚBIA MOHR (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), LUCIMARY DE CASTRO SYLVESTRE (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE)

Introdução: A infecção do trato urinário (ITU) consiste em uma das principais infecções bacterianas da infância. Os aminoglicosídeos, como gentamicina e amicacina surgem como uma opção terapêutica hospitalar viável, visando reduzir o surgimento de cepas produtoras de carbapenemase. O receio por trás da baixa utilização desse medicamento se deve aos riscos de toxicidade, principalmente à nefrotoxicidade. Objetivos: Avaliar a eficácia e segurança dos aminoglicosídeos no tratamento da infecção urinária febril na faixa etária pediátrica. Metodologia: Estudo transversal e retrospectivo, de amostra de pacientes pediátricos internados nas enfermarias de um hospital pediátrico de referência entre janeiro de 2022 a dezembro de 2023 e que receberam tratamento para ITU febril. Foram coletados dados referentes à epidemiologia e ao perfil de resistência dos patógenos identificados em antibiograma. Além disso, foram analisados exames laboratoriais como: urocultura inicial e de controle, função renal prévia e posterior ao uso do aminoglicosídeo com intuito de avaliar a eficácia e segurança da medicação, respectivamente. Foi aplicada a classificação KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes) para análise de injúria renal aguda. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição. Resultados: Vinte e nove pacientes preencheram os critérios de inclusão, 17 (58,62%) pacientes do sexo feminino e 12 (41,37%) do sexo masculino, com mediana de idade de 5 anos. A maioria dos pacientes (89,65%) apresentava comorbidades nefrourológicas e o tempo de tratamento com aminoglicosídeo mais frequente foi de 6 a 7 dias (48,27%). Apenas 27,58% iniciaram o tratamento diretamente com aminoglicosídeo, enquanto 72,41% começaram com outros antibióticos, sendo 47,51% com cefalosporina de 3° ou 4° geração e 38,09% com carbapenêmico. Dentre os 21 participantes que utilizaram outro antimicrobiano de partida, 12 (57,14%) realizaram a troca de antibioticoterapia para aminoglicosídeo devido à resistência comprovada em urocultura. Escherichia coli foi o patógeno mais prevalente (34,48%). Dentre os mecanismos de resistência, ESBL, AmpC e Serino carbapenemase foram identificados em 22 patógenos (75,86%). A função renal permaneceu estável em 89,47% dos pacientes. Um paciente evoluiu com KDIGO 2, tendo feito uso de amicacina em intervalo e doses inadequados e 1 paciente evoluiu com KDIGO 3, tendo realizado gentamicina no período de 6 a 7 dias. Apenas dois pacientes necessitaram de antibioticoterapia adicional e dois evoluíram a óbito durante o internamento, ambos em vigência de cuidados paliativos e com a ITU adequadamente tratada há mais de 10 dias do óbito. Conclusão: O uso de aminoglicosídeo na ITU febril pediátrica foi eficaz e seguro quando utilizado conforme protocolos bem estabelecidos, demonstrando a importância no desenvolvimento de estratégias que preconizem o seu uso, visando reduzir tempo de tratamento, poupar carbapenêmicos e diminuir a incidência de infecções multirresistentes.

AMNIOINFUSÃO SERIADA: UMA ALTERNATIVA PARA DOENÇA POLICÍSTICA NEONATAL

ELISA ROSA SILVA (HOSPITAL PUC CAMPINAS), KLEBER CURSINO DE ANDRADE (VOLUTA MEDICAL), ANTÔNIO CESAR PAULILLO DE CILLO (HOSPITAL PUC CAMPINAS), THAIS CHACHA ZEOLLA (HOSPITAL PUC CAMPINAS), MARIANA CARVALHO DE MOURA LOURES (HOSPITAL PUC CAMPINAS), CARLA RAVANI SIMONELLI (HOSPITAL PUC CAMPINAS), MARCELA DA COSTA VALENTE (HOSPITAL PUC CAMPINAS), TABATHA LEAL CARDOSO (HOSPITAL PUC CAMPINAS), AMANDA BRIGONE PECCHIO (HOSPITAL PUC CAMPINAS), ISABEL BARBOSA LEIVA DE LUCA (HOSPITAL PUC CAMPINAS), GABRIELA CAMARGO PETTAN (HOSPITAL PUC CAMPINAS)

Introdução: O oligodrâmnio, diminuição do líquido amniótico (LA), geralmente ocorre por causas maternas, fetais, placentárias ou pelo uso de certos medicamentos. As malformações urogenitais (agenesia renal bilateral, rim policístico, displasia renal e obstrução do trato urinário) podem reduzir ou abolir a produção urinária ou impedir que ela saia da bexiga para manter o volume do LA. A pouca quantidade de líquido causa compressão de todo o feto pelo útero, levando à sequência de Potter, com alterações ósseas e hipoplasia pulmonar, que é a principal causa de morte nestes casos. As manifestações clínicas incluem ´Fácies de Potter´ (pregas epicânticas proeminentes, orelhas de implantação baixa, nariz achatado, queixo retraído), anomalias nos membros (posicionamento anormal, luxação do quadril, membros inferiores curtos, pés tortos, hemivértebras e agenesia sacral). O volume do LA, assim como a idade gestacional que iniciou o oligoâmnio irão determinar a gravidade das repercussões clínicas, devendo, portanto, ser monitorados ao longo de todo o pré-natal. Objetivos: Primigesta, 38 anos, encaminhada ao serviço de medicina fetal devido LA de 75 mm em ultrassom (US) de 25 semanas e dismorfologia fetal apresentando rins ecogênicos difusamente, aumentados de volume compatível com: rins displásico Potter I, rins espongiomedular ou glomerulocísticos. Foram realizadas quatro amnioinfusões seriadas (300 a 360 ml de ringer lactato aquecido e lentamente) até o nascimento, para manter o ILA entre 100 e 150mm. Entrou em trabalho de parto com 35 semanas sem rotura de membranas, APGAR 8 e 9, com respiração espontânea e sem necessidade de oxigenoterapia, não observado Fácies de Potter ou outras deformidades. Encaminhada a UTI neonatal e acoplada em CPAP por 1 dia. Passado cateter de Tenckhoff pela possibilidade de diálise peritoneal, retirado após estabilização clínica e laboratorial. Realizado ultrassom pós-natal com rins ecogênicos difusamente, aumentados de volume e microcistos isolados. Recebeu alta sem necessidade de oxigenoterapia, mas com drogas para controle da pressão arterial e diurese. Metodologia: Resultados: Técnicas de reposição do líquido amniótico, como amnioinfusão seriada ou implantação de amnioport, podem ser empregadas quando as medidas clínicas são insuficientes, com o objetivo de restabelecer condições fisiológicas adequadas à sobrevivência fetal. Embora não atuem sobre a doença renal de base, contribuem para a prevenção da hipoplasia pulmonar, principal causa de óbito neonatal nesses casos. Conclusão: Condições fetais anteriormente consideradas letais, em razão da hipoplasia pulmonar grave, da dificuldade de diálise e do controle das comorbidades, podem, atualmente, ser superadas. O presente caso ilustra uma mudança de paradigma, na qual a abordagem multidisciplinar tem potencial para modificar a história natural da doença e o prognóstico dessas famílias.

Palavras-chave: AMNIOINFUSÃO SERIADA. AMNIOINFUSÃO. POLICÍSTICA. DOENÇA RENAL. SÍNDROME DE POTTER

AMPLIANDO O ESPECTRO GENOTÍPICO DA DOENÇA DE DENT: UM RELATO DE CASO PEDIÁTRICO COM UMA NOVA VARIANTE DO GENE CLCN5 (P.ASP797TYR) E VALIDAÇÃO CLÍNICA LONGITUDINAL.

LUCIANA CABRAL MATULEVIC (UFRJ), CLARISSA SALGADO RIBEIRO OSORIO (CASA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE), MICAELLE LORENA MARTINS ALVES (UFRJ)

Introdução: A doença de Dent é uma doença tubular renal rara, ligada ao cromossomo X, caracterizada por disfunção primária do túbulo proximal com proteinúria de baixo peso molecular. Outras manifestações renais típicas incluem hipercalciúria, nefrolitíase/nefrocalcinose e insuficiência renal progressiva. Frequentemente, é diagnosticada erroneamente como raquitismo nutricional ou hipofosfatêmico devido à sobreposição fenotípica. Objetivos: Relatamos o caso de um menino de 12 anos encaminhado para endocrinologia pediátrica devido a raquitismo, baixa estatura e deformidades ósseas. Na avaliação, ele apresentou hipofosfatemia e foi solicitado teste genético para descartar raquitismo hipofosfatêmico ligado ao cromossomo X (XLH). Um painel de sequenciamento de nova geração de 18 genes identificou uma nova variante hemizigótica em CLCN5 (chrX:50092157 G>T, p.Asp797Tyr), localizada no domínio CBS2 altamente conservado. O painel excluiu outros 17 genes candidatos, incluindo CTNS e PHEX. A avaliação subsequente pela nefrologia pediátrica confirmou hipercalciúria, proteinúria de baixo peso molecular (LMWP) e nefrocalcinose medular. A análise materna confirmou o estado de portadora. Apesar da correção bem-sucedida da deficiência de vitamina D e do hiperparatireoidismo secundário, o paciente manteve níveis maciços de proteínúria de baixo peso molecular (beta-2 microglobulina, B2M >20.000 µg/L) e hipercalciúria persistente (232 mg/24h). O manejo multidisciplinar resultou em melhora clínica significativa, ganho de altura de 24,5 cm em três anos e função renal estável (taxa de filtração glomerular estimada, TFGe ~66 mL/min/1,73m²). Metodologia: Resultados: Relatamos um caso de Doença de Dent tipo 1 associado à variante inédita p.Asp797Tyr no gene CLCN5. Localizada no domínio CBS2 da proteína ClC-5, essa substituição de um aspartato altamente conservado por tirosina provavelmente compromete o tráfego intracelular e o trocador cloreto/próton na membrana endossomal, prejudicando a endocitose de proteínas no túbulo proximal. Embora inicialmente classificada como de significado incerto (VUS), a patogenicidade é elevada para ´Provavelmente Patogênica´ pelos critérios ACMG: (i) PM2: ausência em bancos genômicos, (ii) PP3: evidências computacionais (SIFT, PolyPhen-2) de efeito deletério, e (iii) PP4: fenótipo altamente específico, incluindo proteinúria de baixo peso molecular maciça, nefrocalcinose e raquitismo. A exclusão de 17 genes candidatos reforça o CLCN5 como fator etiológico. O caso destaca que a Doença de Dent deve ser investigada em pacientes masculinos com raquitismo refratário e que o manejo multidisciplinar precoce pode estabilizar a função renal, sendo crucial para refinar as correlações genótipo-fenótipo em bancos genômicos mundiais. Conclusão: Este caso valida a patogenicidade de uma nova variante do gene CLCN5 por meio de dados clínicos longitudinais e predição in silico, enfatizando o papel de painéis genéticos abrangentes no diagnóstico diferencial do raquitismo refratário.

Palavras-chave: CLCN5. DOENÇA DE DENT. GENÉTICA. NEFROCALCINOSE. PROTEINÚRIA

ANÁLISE DO GANHO PONDERAL NO PRIMEIRO ANO PÓS-TRANSPLANTE RENAL PEDIÁTRICO COM DOADOR FALECIDO

SIMONE COLLOPY (HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO - HFB), RAFAELA OLIVEIRA GALLART MORRA (HFB), HEITOR GUINANCCIO (HFB), JAQUELINE LEAL (HFB), FLAVIA TUZZATO (HFB), MARIANNA IMPAGLIAZZO (HFB), NATHALIA RIBEIRO (HFB), AMANDA ROCHA FERNANDES DA SILVA (HFB), PEDRO NOGUCHI ARAGÃO QUINDERÉ (HFB), EMANOELLA VIEIRA MARTINS (HFB), MARINA VIOLA DIAS (HFB), FERNANDA HELENA PORTO (HFB), LUANA SHHROEDER DAMICO NASCIMENTO MACEDO (HFB), ISABEL SILVA MIGLIAVACCA (HFB), ANNE LOUISE DE OLIVEIRA (HFB)

Introdução: O transplante renal mostra-se como a terapia renal substitutiva de escolha para os pacientes com doença renal crônica (DRC). Apesar dos benefícios do transplante em relação a sobrevida e qualidade de vida, alguns distúrbios metabólicos tem sido associados ao transplante, como a obesidade. Objetivos: Identificar padrão ponderal no pós-transplante e descrever as características da população e possíveis associações. Metodologia: Estudo observacional retrospectivo através de consulta de prontuários de pacientes até 17 anos de idade submetidos a transplante renal com doador falecido entre 2016 e 2024 no HFB no Rio de Janeiro. Foram analisadas as seguintes variáveis: idade na ocasião do transplante, cor, doença de base, imunossupressão na indução e manutenção, pulsoterapia com metilprednisolona durante o primeiro ano de transplante, diagnóstico de diabetes mellitus pos transplante (DMPT), peso, altura e índice de massa corporal (IMC) pré e após 1 ano de transplante. Foram usados porcentagens e faixa para as variáveis categóricas e média, mediana e desvio-padrão para as numéricas. Foi usado o teste de Fisher. O nível de significância estatística foi de 0,05. A avaliação ponderal considerou a classificação da Organização Mundial de Saúde para IMC por Z score. Resultados: Nos 10 anos avaliados, foram analisados 63 transplantes. A idade variou de 4 a 17 anos, com média de 13 anos, 55,6% do sexo masculino, 66,6% pardos e pretos. Glomerulopatia foi a principal causa de DRC (38,1%), seguido de malformação congênita do trato urinário (28,6%) e causa desconhecida (20,6%). A maioria fez indução com basiliximabe (77,8%). Todos receberam pulso de metilprednisolona (dose acumulada de 25mg/kg), micofenolato mofetil e tacrolimus na indução. A imunossuressão de manutenção padrão foi prednisona, tacrolimus e micofenolato. 18 pacientes receberam pulsoterapia com metilprednisolona (30mg/kg por 3 dias) no primeiro ano por conta de rejeição. 7 pacientes apresentaram DMPT. O IMC pré-transplante variou de 13 a 31 com mediana de 18. A maioria estava abaixo do peso ou com peso adequado (58,7% e 27%, respectivamente). 6 pacientes tinham sobrepeso. Após 1 ano de transplante, o IMC passou para uma faixa de 14 a 35 com mediana de 19. Houve redução de 30% de pacientes abaixo do peso (37 para 26) os quais ainda eram a maioria (41,3%). Já os com peso normal aumentaram em 41%, totalizando 24. Os com sobrepeso e obesidade grau 1, passaram de 6 e 1 para 8 e 4 respectivamente. Por fim, dos 2 pacientes com obesidade grau 3 no pre-transplante, um passou para peso normal enquanto o outro manteve o IMC inalterado. De todas as variáveis analisadas, somente o status de IMC no pré-transplante foi significativo estatisticamente. Conclusão: O estudo confirmou o ganho de peso no pós-transplante, porém sem identificar um aumento importante de obesidade ou sobrepeso. O status ponderal no pré-transplante foi o único fator pesquisado que mostrou significância estatística em relação ao aumento de peso no pós-transplante.

ANORMALIDADES PRECOCES DA PRESSÃO ARTERIAL EM PREMATUROS DE MUITO BAIXO PESO AO NASCER: SURGIMENTO PRECOCE E TRAJETÓRIAS HOMOGÊNEAS

VANDREA DE SOUZA (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), CRISTIANI DAPONT NEVES (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), MARIA GABRIELA PANIZ BACEDO (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), THIAGO CROCOLI BALBINOT (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), BRENDA STAEHLER INDICATTI (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), CRISTINA BARCAROL (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), GABRIEL AMARAL STANGHERLINI (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), DAIANE DE OLIVEIRA PEREIRA VERGANI (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), LUCIANO DA SILVA SELISTRE (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL)

Introdução: A prematuridade está associada a alterações precoces do sistema cardiovascular, podendo impactar a regulação da pressão arterial desde a infância. Objetivos: Caracterizar longitudinalmente as trajetórias da pressão arterial sistólica (PAS) e estimar a magnitude e os determinantes do risco de hipertensão em indivíduos nascidos prematuros com muito baixo peso ao nascer (MBP, < 1500g). Metodologia: Esta coorte prospectiva incluiu 226 neonatos prematuros (idade gestacional mediana de 30 semanas [IIQ 28–32], peso ao nascer de 1200 g [1015–1375]). A pressão arterial (PA) foi aferida com manguito adequado ao tamanho do braço, em ambiente controlado, com a criança tranquila, sendo registrada a média de três medidas por avaliação. Foram obtidas 419 medidas de pressão arterial sistólica (PAS) (média de 2,1 por paciente). As trajetórias da PAS foram estimadas por modelos lineares de efeitos mistos com splines naturais, permitindo capturar variações não lineares ao longo da idade, com interceptos e inclinações aleatórias. Variáveis neonatais e maternas foram incluídas como preditores. A análise de classes latentes foi empregada para identificar subgrupos de trajetórias, e a análise de tempo até evento estimou a idade da primeira alteração da PA. Resultados: Observou-se elevada frequência de alterações da PAS, com início precoce (mediana de 1,73 anos [IQR 1,29–2,38]). A trajetória da PAS ao longo do tempo foi não linear e caracterizada por variação individual, com diferenças aproximadas de ±5 mmHg nos níveis basais entre os pacientes. A velocidade de mudança com a idade também variou entre os indivíduos (DP 8776, 1,26), indicando que alguns apresentaram aumento mais acelerado da PAS, enquanto outros mantiveram progressão mais lenta. Verificou-se correlação negativa entre os valores basais e a inclinação (r = 8722,0,60), sugerindo que níveis iniciais mais elevados tendem a se associar a menor incremento ao longo do tempo. Nenhum preditor basal demonstrou associação independente robusta. A análise de classes latentes não identificou subgrupos distintos de trajetória, indicando um padrão globalmente homogêneo, com variações individuais capturadas pelos modelos de efeitos mistos. Conclusão: Na população avaliada, indivíduos com MBP apresentam alterações precoces da pressão arterial, com início na primeira infância e trajetória predominantemente homogênea. A ausência de preditores clínicos robustos sugere que a prematuridade constitui fator dominante de risco cardiovascular precoce, reforçando a necessidade de vigilância longitudinal sistemática.

Palavras-chave: PREMATURIDADE. HIPERTENSÃO ARTERIAL. MUITO BAIXO PESO

APÊNDICES AURICULARES COMO MARCADOR DE ANOMALIAS RENAIS CONGÊNITAS NA PEDIATRIA

JÉSSICA MIGLIORINI NUNES (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS), BIBIANA MARTINS VERISSIMO DE MELO (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS), CLARA CHAGAS PACHECO (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS), MARIA RITA DINON (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS), MARIA CLARA RAMOS SALDAÑA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS), PRISCILA DALLA COLLETA MACCARI (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS), EDUARDA DA SILVA TAVARES (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS), MARCOS VINICIOS RAZERA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS), LUIZA MARIA SANTI (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS)

Introdução: Apêndices auriculares são pequenas malformações congênitas da orelha externa, resultantes de alterações no desenvolvimento embrionário do primeiro e segundo arcos branquiais, com incidência de 5 a 10 casos por 1.000 nascidos vivos. Estudos sugerem associação entre anomalias da orelha externa e malformações do trato urinário, possivelmente devido à concomitância do desenvolvimento dos sistemas auditivo e renal. Fatores de risco incluem história familiar de malformações, síndromes genéticas e alterações no desenvolvimento embrionário. Essas anomalias podem ser classificadas em isoladas ou sindrômicas. Objetivos: Analisar a associação entre apêndices auriculares e o risco de anomalias renais congênitas na população pediátrica. Metodologia: Revisão integrativa da literatura realizada entre janeiro e março de 2026 nas bases BVS, SciELO e PubMed. Utilizaram-se os descritores "apêndice auricular", "anomalias da orelha", "anomalias renais congênitas" e "malformações congênitas". Foram incluídos estudos publicados entre 2020 e 2026, em português, envolvendo recém-nascidos e crianças. Consideraram-se estudos observacionais, revisões e diretrizes clínicas. Excluíram-se duplicados, relatos de caso isolados e estudos sem relação direta com o tema. Resultados: Foram identificados 84 estudos, dos quais 32 foram considerados relevantes após leitura dos títulos. Após análise dos resumos, 21 foram selecionados para leitura completa. Destes, 11 foram excluídos, resultando em 10 artigos na análise final. Os estudos demonstraram que anomalias auriculares menores, como apêndices pré-auriculares, podem estar associadas a alterações do trato urinário, principalmente quando associadas a outras malformações ou características dismórficas. Entretanto, evidências indicam que apêndices auriculares isolados apresentam baixa prevalência de anomalias renais clinicamente relevantes, sugerindo que a investigação deve ser individualizada. Conclusão: Apêndices auriculares podem atuar como marcador de anomalias congênitas, especialmente quando associados a outras alterações ou síndromes genéticas. Quando isolados, apresentam baixa associação com malformações renais significativas. Dessa forma, a avaliação clínica detalhada é fundamental para definir a necessidade de investigação complementar e possibilitar diagnóstico precoce e acompanhamento adequado.

Palavras-chave: APÊNDICE AURICULAR. ANOMALIAS CONGÊNITA. ANORMALIDADES DA ORELHA. ANOMALIAS DO TRATO URINÁRIO. PEDIA

APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE RAQUITISMO HIPOFOSFATÊMICO RELACIONADO COM VARIANTES EM SLC34A3 – RELATO DE CASO

MAYARA MELLO DOS SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), JESSICA BIDURIN PICOLO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), HELOISA ROSSIGNOLI BIZARRO MENDES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), ISABEL GOULART FONSECA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), ANA LAURA OLIVEIRA SILVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), CAROLINA DIAS AZEVEDO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), CRISTIANA UYEDA DO AMARAL (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), MARTA LILIANE DE ALMEIDA MAIA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), EDUARDO FREITAS HATANAKA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), MARIA CRISTINA DE ANDRADE (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), PAULO CESAR KOCH NOGUEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO)

Introdução: Os raquitismos hipofosfatêmicos primários resultam de defeitos na reabsorção tubular de fosfato no túbulo proximal. O Raquitismo Hipofosfatêmico Hereditário com Hipercalciúria (RHHH), com herança autossômica recessiva e prevalência de 1:250.000, é causado por variantes com perda de função no gene SLC34A3, que codifica o cotransportador NaPi-IIc. Isso resulta em fosfatúria, hipofosfatemia e raquitismo, sendo classicamente observada hipercalciúria. Objetivos: Paciente feminina, 11 anos, natural da Bolívia, nascida a termo, pais não consanguíneos e sem comorbidades renais. Aos 7 anos, iniciou claudicação, deformidades e dor em membros inferiores. Apresentou fratura de úmero esquerdo após trauma. Exames iniciais revelaram hipofosfatemia (2,5 mg/dL) e fosfatase alcalina (FA) elevada (756 U/L), sendo encaminhada para nefrologia pediátrica. Ao exame físico, observado encurtamento de membro inferior direito, geno valgo, baixa estatura (escore Z -2,05) e alteração do esmalte dentário. Avaliação laboratorial mostrou hipofosfatemia persistente (3,0 mg/dL), reabsorção tubular de fosfato normal (RTP = 94%, limiar máximo de reabsorção de fosfato pela taxa de filtração glomerular (RTP/TFG) em z-score -3,03), FA elevada (753 U/L), vitamina D (25-OH-D3):20 ng/mL, PTH normal e hipocalciúria (relação cálcio/creatinina: 0,04 e 0,05). Ultrassonografia renal sem alterações. Radiografias de ossos longos demonstraram redução da densidade mineral óssea, sinal de fratura prévia em úmero esquerdo e acentuação da convexidade metafisária. Avaliação genética identificou variante patogênica no gene SLC34A3 (chr9:137.233.052, G>A, p.Gly166Asp). Iniciado tratamento com reposição de fósforo 10mg/kg/dia e vitamina D 50 000 UI/semana. Metodologia: Resultados: O RHHH caracteriza-se por baixa estatura, deformidades em membros inferiores, dores ósseas e fraqueza muscular. A hipofosfatemia presente estimula a 1-alfa-hidroxilase renal, aumentando a síntese de 1,25-dihidroxivitamina D, promovendo absorção intestinal de cálcio e fosfato, com hipercalciúria. A paciente relatada apresentava características clínico laboratoriais da condição, porém de forma atípica, com hipocalciúria. O diagnóstico definitivo requer análise genética do gene SLC34A3 para identificação de variantes patogênicas. O tratamento baseia-se na suplementação oral de fosfato visando corrigir a hipofosfatemia e promover mineralização óssea. Conclusão: O diagnóstico molecular do RHHH foi essencial para elucidação do caso, permitindo instituição da terapêutica apropriada e aconselhamento genético. Este relato ressalta a importância da investigação genética, visto que nem sempre o fenótipo clínico e laboratorial é perfeitamente característico da patologia, podendo haver apresentações atípicas em doenças raras.

Palavras-chave: RAQUITISMO. NAPI2C. RAQUITISMO HIPOFOSFATEMICO. SLC34A3.

ASSOCIAÇÃO DE VARIANTES EM RELAÇÃO AO RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE SÍNDROME NEFRÓTICA CORTICOSSENSÍVEL EM UMA AMOSTRA DA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA BRASILEIRA

JOSÉ RONALDO ALVES TROLEZE (UNICAMP), TAÍS NITSCH MAZZOLA (UNICAMP), GEOVANA CARDOSO DE ASSIS (CBMEG), THIAGO ADALTON ROSA RODRIGUES (UNICAMP), HELENA FABBRI-SCALLET (UNICAMP), MICHEL SATYA NASLAVSKY (USP), CASSIO RODRIGUES FERRARI (UNICAMP), VERA MARIA SANTORO BELANGERO (UNICAMP), MARA SANCHES GUARAGNA (UNICAMP)

Introdução: A síndrome nefrótica (SN) idiopática pode ser classificada de acordo com a resposta ao tratamento com corticoesteroides, em SN corticorresistente (CR) e SN corticossensível (CS). Os pacientes com síndrome nefrótica corticossensível (SNCS) representam 80-90% dos casos. A contribuição de fatores genéticos para a prevalência e curso clínico dos casos CS, no entanto, tem sido mais difícil de se definir, provavelmente pelo padrão de herança mais complexo. Em estudos multipopulacionais, variantes de nucleotídeo único (SNVs) tem sido identificadas como fatores de risco associados à SNCS. Objetivos: Diante dos achados de associação de variações de nucleotídeo único (SNVs) como fatores de risco associados à Síndrome nefrótica córtico-sensível (SNCS) em grupos étnicos e populacionais de amostras internacionais, o objetivo deste trabalho foi investigar o papel de seis variantes SNVs, rs412175 (NPHS1), rs7759971 (AHI1), rs10817678 (TNFSF15), rs55730955 (CD28), rs28862935 (BTC) e rs2637678 (CALHM6), em relação ao risco de desenvolvimento de SNCS em uma casuística brasileira. Metodologia: A amostra de casos foi composta por crianças e adolescentes atendidos no estado de São Paulo, que tiveram início da SNCS até os 18 anos de idade. A amostra controle foi composta por 1.171 indivíduos do banco populacional Brasileiro ABraOM. A genotipagem foi realizada através da reação em cadeia da polimerase em tempo real (qPCR) e as análises de associação foram realizadas por regressão logística multivariada, incluindo o sexo como covariável de ajuste. Para controlar o erro do tipo I devido a múltiplas comparações, aplicou-se a correção de Bonferroni aos valores de p ($p < 0,008$). Resultados: Foram genotipados 126 indivíduos do grupo caso. Após a análise estatística, foi observada associação de aumento de risco de desenvolvimento de SNCS na presença do alelo "A" para a SNV rs28862935 (BTC) ($p < 0,001$, OR: 1,61). Contrariamente, foi identificado que o alelo "C" do SNV rs2637678 (CALHM6) ($p = 0,002$, OR: 0,64) conferiu associação de proteção em relação ao risco de desenvolvimento de SNCS. Não foram observadas associações significativas com as variantes rs412175 (NPHS1), rs7759971 (AHI1), rs55730955 (CD28) e rs10817678 (TNFSF15). Conclusão: As associações significativas das variantes rs28862935 (BTC) e rs2637678 (CALHM6), corroboram com o encontrado em grupos étnicos e populacionais de amostras internacionais. A ausência de significância do restante das SNVs pode refletir tanto a inexistência de um efeito real quanto limitações relacionadas à heterogeneidade genética da população analisada.

Palavras-chave: SÍNDROME NEFRÓTICA CORTICOSSENSÍVEL. VARIANTES DE NUCLEOTÍDEO ÚNICO. HERANÇA COMPLEXA

ASSOCIAÇÃO ENTRE SÍNDROME DE BARTTER E COLELITÍASE EM PEDIATRIA

LUIS EDUARDO MARTINS BERTOLI (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), JESSICA MAGDALIZ BÁEZ VELÁZQUEZ (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), FERNANDO ANTONIO BERSANI AMADO (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), ELISÂNGELA DE MATTOS E SILVA (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), CHRISTIAN PINHEIRO TEIXEIRA (CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DO PARANÁ), EVELISE MARY TISSORI VARGAS (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), LUCIMARY DE CASTRO SYLVESTRE (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE)

Introdução: A síndrome de Bartter é uma tubulopatia rara caracterizada por alcalose metabólica, hipocalemia, hipocloremia e ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona. Esses pacientes apresentam poliúria e maior predisposição à desidratação e cursam frequentemente com nefrocalcinose e/ou nefrolitíase. A colelitíase na infância é rara e, quando presente, está geralmente associada a fatores predisponentes como hemólise, nutrição parenteral prolongada, infecções e jejum prolongado. A associação entre síndrome de Bartter e colelitíase já foi relatada em alguns casos, levantando a hipótese de uma possível relação não casual entre essas condições. Objetivos: 1-Paciente masculino, 9 anos, com síndrome de Bartter tipo 1, com nefrocalcinose e litíase bilateral, epilepsia, desnutrição crônica. Queixa frequente de vômitos, dor abdominal e episódios recorrentes de desidratação. Realizou Ecografia abdominal que evidenciou vesícula biliar com cálculo de aproximadamente 7,8 mm em região infundibular. Foi submetido à colecistectomia eletiva, com melhora importante dos vômitos e da dor abdominal e segue em acompanhamento. Caso 2 -Paciente feminina, 4 anos, com síndrome de Bartter tipo 1 em acompanhamento. Apresentava poliúria e desnutrição..Começou com quadro de cefaleia, dor abdominal e febre isolada, seguidos de quadros de vômitos incoercíveis.Ecografia abdominal evidenciou vesícula biliar com cálculo de aproximadamente 7 mm em região infundibular, sem dilatação das vias biliares. Após 2 meses, foi submetida à colecistectomia. Segue estável, em acompanhamento ambulatorial. Metodologia: Resultados: A associação entre síndrome de Bartter e colelitíase permanece pouco descrita, porém há relatos na literatura que sugerem que essa coexistência pode não ser mera coincidência. Robitaille et al. descreveram um caso de lactente com síndrome de Bartter e colelitíase, questionando se a associação seria casual ou decorrente de mecanismos compartilhados.Pacientes com síndrome de Bartter apresentam alcalose metabólica crônica e episódios recorrentes de desidratação. Evidências experimentais sugerem que alterações do equilíbrio ácido-base podem influenciar a secreção biliar de bicarbonato, potencialmente modificando a composição da bile. Além disso, a desidratação pode favorecer aumento da viscosidade biliar e estase, contribuindo para a formação de cálculos.Nos casos apresentados, fatores como vômitos recorrentes, jejum prolongado e instabilidade hidroeletrolítica estiveram presentes, podendo atuar como elementos adicionais na formação dos cálculos Conclusão: A coexistência de síndrome de Bartter e colelitíase já foi descrita na literatura. Embora não seja possível estabelecer relação causal definitiva, a recorrência dessa associação em diferentes relatos sugere que pacientes com síndrome de Bartter possam apresentar maior risco para desenvolvimento de colelitíase.

ASSOCIAÇÃO ENTRE TUBULOPATIAS RENAIS E BAIXA ESTATURA EM CRIANÇAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

RENATA TRINDADE DAMASCENO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PARÁ), NICOLE GARCIA DOS SANTOS GÓES (FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ), BERNADETE MENDES CAVALEIRO DE MACÊDO NETA ATAIDE DA SILVA (FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ)

Introdução: A homeostase da água, dos eletrólitos e do equilíbrio ácido-base é essencial para o funcionamento do organismo, sendo os rins responsáveis por sua regulação. Nesse contexto, as células dos túbulos renais desempenham papel fundamental por meio de canais iônicos e transportadores envolvidos no manejo de água e solutos. Dessa forma, defeitos genéticos nesses sistemas podem resultar em diferentes nefropatias, incluindo as tubulopatias hereditárias. Na população pediátrica, essas condições estão associadas a distúrbios hidroeletrolíticos e metabólicos, além de alterações no crescimento e no desenvolvimento, tornando relevante a compreensão dos mecanismos envolvidos na baixa estatura. Objetivos: Avaliar, por meio de revisão sistemática, a associação entre tubulopatias renais e baixa estatura em crianças, bem como os principais mecanismos envolvidos. Metodologia: Foi realizada revisão sistemática conforme diretrizes PRISMA, nas bases PubMed, LILACS e SciELO. Em março de 2026, foram utilizados os descritores "renal tubulopathy" AND "short stature" AND "children". Foram incluídos estudos publicados entre 2020 e 2025, em inglês e português, com população pediátrica e avaliação de crescimento. Estudos de capítulos de livros, editoriais e artigos sem dados de crescimento foram excluídos. Dos 10 artigos identificados, 5 foram incluídos na análise final após aplicação dos critérios de elegibilidade. Resultados: Os estudos demonstraram associação consistente entre tubulopatias e déficit de crescimento, com z-score de estatura frequentemente inferior a -2. Em pacientes com acidose tubular renal, a baixa estatura foi observada em até 70–80% dos casos ao diagnóstico, relacionada à acidose metabólica crônica, a qual promove catabolismo proteico e resistência à ação do hormônio do crescimento, resultando em efeitos diretos na placa epifisária. Na síndrome de Bartter, o comprometimento do crescimento ocorre em aproximadamente 50–70% dos pacientes, especialmente nas formas mais graves e que cursam com hipocalemia crônica. Já na síndrome de Gitelman, o impacto é mais leve, com prevalência estimada entre 20 e 40%. Nas tubulopatias proximais, como a síndrome de Fanconi, o atraso de crescimento pode atingir até 80–90% dos casos, associado a perdas urinárias de fosfato e desenvolvimento de raquitismo. Além disso, poliúria e polidipsia levam à elevada ingestão hídrica, podendo comprometer a ingestão calórica adequada, especialmente em crianças menores. Conclusão: As tubulopatias renais estão significativamente associadas à baixa estatura em crianças por mecanismos multifatoriais, com destaque para acidose metabólica crônica, distúrbios eletrolíticos e comprometimento nutricional. O diagnóstico precoce e o manejo adequado são fundamentais para minimizar o impacto no crescimento e melhorar o prognóstico desses pacientes.

AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À PROGRESSÃO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UM ESTUDO RETROSPECTIVO

RAISSA ROCHA DE HOLANDA VASCONCELLOS (INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA - IMIP), MIRELLA SARUBBO DIOGENES MELO (FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE - FPS), NATÁLIA CONRADO WANDERLEY (FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE - FPS), ARTHUR NASCIMENTO DE FARIAS (FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE - FPS), EMILIA MARIA DANTAS SOEIRO (INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA - IMIP)

Introdução: A doença renal crônica (DRC) é definida por alterações renais estruturais ou funcionais persistentes por mais de três meses, associadas a elevada morbimortalidade e impacto socioeconômico. Em pediatria, o risco de morte pode ser até 30 vezes maior que em crianças saudáveis. A progressão é multifatorial, envolvendo fatores modificáveis como proteinúria e hipertensão, além de distúrbios metabólicos. Diante da escassez de estudos nacionais, especialmente regionais, este estudo objetiva identificar fatores associados à progressão da DRC em crianças e adolescentes atendidos em hospital de referência no Nordeste do Brasil. Objetivos: Avaliar o padrão de progressão da DRC e os fatores associados em pacientes pediátricos acompanhados em hospital de referência em Pernambuco. Metodologia: Estudo de coorte retrospectivo com crianças e adolescentes (1–18 anos) nos estágios III a V da DRC em tratamento conservador, acompanhados entre janeiro de 2019 e dezembro de 2022. O desfecho primário foi composto por início de terapia renal substitutiva, redução 8805, 50% da taxa de filtração glomerular (TFG), TFG <15 mL/min/1,73m² ou óbito. A progressão foi avaliada por curvas de Kaplan–Meier e os fatores associados por regressão de Cox (945, 8804, 0,05). Estudo aprovado pelo Comitê de Ética (CAAE 77633124.2.0000.520). Resultados: Dos 38 pacientes elegíveis, 35 foram incluídos na análise final. A mediana de idade foi de 10 anos e o tempo mediano de seguimento foi de 66 meses (13–177), predominando o sexo masculino (68,6%) e etiologia não glomerular (94,3%). Observou-se redução significativa da TFG (36,6 para 28,7 mL/min/1,73m², p=0,001), discreta melhora no escore Z de altura (-2,1 ± 1,9 para -2,0 ± 1,9, p = 0,001) e aumento da hemoglobina (10,3 ± 2,0 g/dL para 11,0 ± 2,0 g/dL, p = 0,001), com tendência à menor prevalência de anemia. Houve redução da acidose metabólica (26,8% para 18,0%, p=0,001), enquanto a mediana do paratormônio (PTH) aumentou (92,3 pg/mL para 127,0 pg/mL, p=0,005). A proteinúria manteve-se elevada ao longo do seguimento (p=0,275). A progressão da DRC ocorreu em 10 (28,6%) pacientes. Na análise multivariada de Cox, níveis reduzidos de hemoglobina (RR=0,56, IC95%=0,34-0,92, p=0,022), PTH 8805,2 vezes o limite superior de normalidade (RR=25,92, IC95%=2,32-289,42, p=0,008) e hiperfosfatemia (RR=277,84, IC95%=8,06-9575,56, p=0,002) associaram-se independentemente à progressão da DRC. Conclusão: A progressão da DRC ocorreu em proporção relevante da coorte ao longo do seguimento. Anemia e alterações do metabolismo mineral, especialmente elevação do PTH 8805,2 vezes o limite superior da normalidade e hiperfosfatemia, associaram-se independentemente ao desfecho, sugerindo papel central dos distúrbios hematológicos e minerais na evolução da DRC pediátrica. Esses achados reforçam a importância do monitoramento laboratorial sistemático e da otimização do controle metabólico como estratégias potenciais para retardar o declínio da função renal.

Palavras-chave: DOENÇA RENAL CRÔNICA. FATORES DE RISCO. CRIANÇA. PROGRESSÃO DA DOENÇA.

AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA E RESPOSTA À AMILORIDA – ESTUDO PROSPECTIVO NA SINDROME NEFRÓTICA CORTICOSSENSÍVEL DESCOMPENSADA

LETICIA MUNIZ (UNICAMP), ISABELA NEVES (UNICAMP), PAULA GONTIJO (UNICAMP), VERA BELANGERO (UNICAMP)

Introdução: O intenso dinamismo da retenção de sódio na SN dificulta a comparação dos estudos que avaliam objetivos semelhantes aos aqui colocados Objetivos: Avaliar na Síndrome Nefrótica corticossensivel descompensada (SNCSD), as associações entre a fração de excreção de sódio (FeNa), parâmetros clínicos e a resposta à amilorida Metodologia: Estudo prospectivo intervencionista em SNCSD, estágio1, de 1 a 18 anos, que necessitaram de internação no..., em uso ou não de imunossupressores. Critérios - SNCS de acordo com IPNA, 2023. Excluídos pacientes com furosemida ou tiazídicos e os com hiperpotassemia. D1 de internação -avaliação clínica e coleta de laboratório. Prescrição de albumina ev e antibióticos seguiu indicação do médico do paciente. No D3 e D4 adicionada Amilorida, dose única de 0,625 mg/kg/dia, máximo 20 mg. No D5, os mesmos parâmetros clínicos e parte dos laboratoriais foram repetidos. Avaliação de D1 a D5 do peso, volume e sódio urinário de 24 hs. Estatística não-paramétrica com $p<0,05$. Resultados: 02/24 a 10/24, 18 pacientes internados, tres excluídos. Idade de 2 a 14 anos, mediana de 5. Tempo de edema- 1 a 14 dias. 14/16 com Prednisona de 0,5 a 1,0 mg/kg/dia. 08/16 iniciaram antibioticoterapia e 13/15 usaram albumina ev com mediana de uso de 3 dias. Causa da internação: 11/15- infecções, 02/15 - diarreia e vômitos e 02/15 - piora do edema e oligúria. FeNa no D1 identificou 11 pacientes com valores 61603, 0,2 (0,01 a 0,2), incluídos como "contração de volume (CV) e 4 com valores acima (0,26 a 0,70), incluídos como expansão de volume (EV). 09/15 estavam hipertensos estádio 1, 06/15 com taquicardia, nenhum com perfusão lentificada, 04/15 com hematócrito > 45%. No D1, o subgrupo CV apresentou os menores valores de sódio urinário (UNa) (mediana 18 vs 74,5 mEq/L, p=0,010) e de albuminemia (mediana 1,30 g/dL vs 1,55 g/dL, p=0,016) e os maiores valores do Índice do Potássio Urinário (IPU)(mediana 0,75 vs 0,20, p=0,03). O valor de corte do UNA em D1 para indicar CV foi 44,5 meq/L. Nenhum fez uso de furosemida ou hidroclorotiazida. No D5, não houve diferença significativa entre P/C D1 e D5 (mediana=8,19 vs 7,19, p= 0,89), mas 03/15 tinham proteinúria não-nefrótica no D5. Até o D5 (N=12) 9/12 perderam peso (mediana de 7,30%), 02/12 ganharam e 01 permaneceu estável. A perda de peso não diferiu entre os subgrupos FeNa. Os valores do UNa no D5 foram significativamente maiores que no D1 (aumento de 4,5 vezes em CV vs 2,1 em EV, p=0,01). Conclusão: Neste estudo prospectivo em SNCSD, a maioria dos pacientes teve FeNa compatível com contração de volume e forte associação desta com IPU, expressando intenso hiperaldosteronismo. Após o uso da Amilorida houve aumento significativo do sódio urinário e intensa perda de peso. A magnitude deste efeito foi inesperada, considerando que a maioria dos pacientes ainda apresentava proteinúria nefrótica, semelhante ao D1. Isto sugere que a Amilorida atuou amplificando as medidas terapêuticas em uso.

Palavras-chave: RETENÇÃO DE SÓDIO. SINDROME NEFRÓTICA. AMILORIDA

AVANÇOS NO TRATAMENTO DA SÍNDROME NEFRÓTICA PEDIÁTRICA: RITUXIMABE COMO NOVA OPÇÃO TERAPÊUTICA

EMANOELLA VIEIRA MARTINS (HFB), MARIANNA PEREIRA IMPAGLIAZZO (HFB), SIMONE COLLOPY (HFB), NATHALIA RIBEIRO (HFB), JAQUELINE LEAL (HFB), FLAVIA TUZZATO (HFB), ANNE LOUISE OLIVEIRA (HFB), PEDRO NOGUCHI ARAGÃO QUINDERÉ (HFB), AMANDA ROCHA FERNANDES (HFB), MARINA VIOLA DIAS (HFB), MARIA LAURA ALMEIDA ALVES (HFB), FERNANDA HELENA SALES DE PAULA PORTO (HFB)

Introdução: A síndrome nefrótica (SN) é a doença glomerular crônica mais comum em crianças. No tratamento inicial, recomenda-se o uso de corticoide, e sua classificação é baseada na resposta a essa terapia. Tratamentos de segunda linha incluem uso de agentes imunossupressores. Pelo menos 20% das crianças com essa síndrome apresentam recidivas frequentes e/ou dependência de esteroides durante ou após terapias imunossupressoras, uma condição definida como síndrome nefrótica complicada com recidivas frequentes/dependente de esteroides (SNRF/SNDE). Aproximadamente 1–3% das crianças com SN são resistentes a esteroides e a todos os agentes imunossupressores, uma condição definida como síndrome nefrótica refratária a esteroides (SNRE). Objetivos: Paciente do sexo masculino, com início do quadro aos 2 anos de idade, apresentou edema generalizado após episódio infeccioso, sendo diagnosticado com síndrome nefrótica com hipoalbuminemia e proteinúria em faixa nefrótica. Evoluiu como corticorresistente e recidivador frequente, com múltiplas internações ao longo dos anos, predominantemente associadas a infecções virais. Foi submetido a duas biópsias renais, sendo a primeira inconclusiva e a segunda evidenciando lesão mínima associada à glomeruloesclerose segmentar e focal (GESF) não amostrada. Recebeu ciclosporina em níveis terapêuticos e posteriormente micofenolato de mofetila, sem resposta clínica ou laboratorial. Diante da refratariedade às terapias convencionais, foi indicado rituximabe na dose de 375 mg por metro quadrado, com doses subsequentes guiadas pela contagem de linfócitos B CD19. Observou se remissão completa da proteinúria após a primeira infusão, mantendo se sem recaídas, sem novas internações e com função renal preservada em seguimento. A última relação proteína creatinina foi de 0,19, com exames laboratoriais dentro da normalidade. Apresentou episódios infecciosos após o uso da medicação, sem impacto na atividade da doença. Metodologia: Resultados: O insucesso das terapias atuais sugere a necessidade de novos agentes para tratar a SNRF/SNDE e a SNRE. O rituximabe é um anticorpo monoclonal que tem como alvo específico as células B, ligando-se ao CD20 e ocasionado a depleção dessas células, evidências atuais sugerem que esse mecanismo promove uma prevenção superior de recidivas. Além disso, a literatura já demonstra que a intervenção com RTX antes do transplante renal contribui para a redução significativa de anticorpos anti-nefrina em pacientes com GESF, reduzindo também a recidiva pós-transplante. Dessa forma, alguns estudos atuais já demostram eficácia terapêutica e segurança superiores em comparação aos imunossupressores convencionais. Conclusão: O tratamento da SN é desafiador pelo curso refratário e recidivante da doença. Os estudos mostram o rituximabe, como uma droga promissora no tratamento, como exemplificado no caso relatado. No entanto, as evidências ainda são limitadas pelo baixo número e escopo dos estudos disponíveis.

BARTONELOSE SISTÊMICA E DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA PÓS-TRANSPLANTE RENAL: DILEMAS DIAGNÓSTICOS

PAULA MARIA BERNARDES CAMARGO (UNICAMP), VERA SANTORO BELANGERO (UNICAMP), MARILDA MAZZALI (UNICAMP), MARCOS VINICIUS SOUZA (UNICAMP), FLAVIO AUGUSTO VERCILLO LUISI (INSTITUTO DE ONCOLOGIA PEDIATRICA (GRAAC)), LILIANE CURY PRATES (UNICAMP)

Introdução: Doença Linfoproliferativa Pós-Transplante (DLPT) compreende proliferações linfoides heterogêneas decorrentes da imunossupressão. A maioria dos casos é impulsionada pelo vírus Epstein-Barr (EBV), devido à falha na vigilância imunológica das células T sobre os linfócitos B. Em paralelo, infecções oportunistas como a Bartonella henselae (Bh) podem manifestar-se de forma atípica em imunossuprimidos, apresentando sintomas sistêmicos e lesões viscerais que mimetizam neoplasias, tornando o diagnóstico diferencial um desafio. Objetivos: Menina, 9 anos, DRC estágio 5, sem diagnóstico etiológico, EBV suscetível, citomegalovírus (CMV) imune, transplante renal (TXR), doador falecido, imunossupressão com basiliximab e metilpred e manutenção com pred, FK e MS. Um mês após rejeição celular aguda tratada com metilpred com recuperação da função renal. No mês seguinte infecção por CMV, tratada com ganciclovir. Seis meses após, dor abdominal, perda ponderal, afebril, sem adenomegalia ou hepatoesplenomegalia. LDH normal, ultrassonografia abdominal e RNM com múltiplas lesões nodulares hepatoesplênicas. PCR para CMV negativo, PCR-EBV (76.728 UI/ml,log 4,88), PCR em tecido esplênico para Bh positivo. PET-CT com hipermetabolismo glicolítico difuso (cervical e abdominal), sugestivo de processo neoplásico ou inflamatório. Biópsia de nódulo esplênico sugeriu Linfoma Não-Hodgkin de alto grau sendo convertido imunossupressão para sirolimus. Revisão histopatológica revelando infiltrado granulomatoso com necrose coagulativa que levou à hipótese de Bartonelose sistêmica, iniciada Doxiciclina. Diante da ausência de resposta clínica e persistência da viremia por EBV, o caso foi revisado. A imuno-histoquímica revelou: CD79-a+ (60%), BCL-2+ (60%), CD43+ (40%) e Lisozima+ (40%), com negatividade para C-myc, Ciclina-D1 e TdT. Firmado o diagnóstico de DLPT, instituiu-se o esquema COP (Ciclofosfamida, Vincristina e Prednisona). Paciente obteve remissão das lesões e negativação da carga viral do EBV ao final do tratamento. Metodologia: Resultados: Os principais fatores de risco para PTLD em transplante de órgãos sólidos incluem intensidade de imunossupressão e soroconversão para EBV (PCR) sendo necessária a procura ativa. Cargas virais de EBV desta magnitude (>70.000 UI/mL) em pediatria possuem alto valor preditivo para DLPT. Neste caso a positividade inicial de PCR para Bartonella atuou como um fator de confusão, postergando o diagnóstico da neoplasia. Não existe um padrão ouro para diagnóstico de Bh (patógeno oportunista), devendo considerar critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais. Conclusão: O caso ressalta que o monitoramento dinâmico da carga viral do EBV é obrigatório e pode antecipar a suspeita de PTLD. A identificação de um patógeno oportunista como a Bartonella não exclui a presença concomitante de DLPT em pacientes de alto risco. O alto índice de suspeição para neoplasia, mesmo diante de infecções provadas, são fundamentais para o diagnóstico precoce e tratamento adequado.

Palavras-chave: DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA DO ENXERTO. EPSTEIN BAAR VIRUS. BARTONELOSE

BIOMARCADORES URINÁRIOS NA DETECÇÃO DE INJÚRIA RENAL AGUDA NEONATAL E NA PREMATURIDADE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

LAURA RODRIGUES RIBEIRO (IDOMED - VISTA CARIOCA), BEATRIZ PARIZZI NASSER (IDOMED - VISTA CARIOCA), LÍVIA MONTEIRO RAMOS LIMA (IDOMED - VISTA CARIOCA), GABRIEL GONTIJO GARRIDO (IDOMED - VISTA CARIOCA), JULIE XAVIER DE AVILA GUEDES (IDOMED - VISTA CARIOCA), JULIETE ROCANCOURT LORANG ARAUJO (IDOMED - VISTA CARIOCA), RAFAELA MONTANARO VIELA (IDOMED - VISTA CARIOCA), GABRIELA DE PAIVA FERREIRA (IDOMED - VISTA CARIOCA), MARIA EDUARDA DA SILVA (IDOMED - VISTA CARIOCA), MARIA CLARA DOLCE PEREZ (IDOMED - VISTA CARIOCA), LETICIA TAVARES GRINMAN (IDOMED - VISTA CARIOCA), CARMEN LUCIA LEAL FERREIRA ELIAS (IDOMED - VISTA CARIOCA)

Introdução: A injúria renal aguda (IRA) em neonatos é frequente, sobretudo em pré-termos, e permanece frequentemente subdiagnosticada. Estudos recentes destacam biomarcadores urinários como novas alternativas para o diagnóstico de IRA, com sensibilidade, especificidade e acurácia promissoras. Objetivos: Analisar o desempenho diagnóstico dos biomarcadores urinários Neutrophil Gelatinase-Associated Lipocalin (NGAL), Kidney Injury Molecule-1 (KIM-1) e Interleucina-18 (IL-18) para IRA em pacientes pediátricos neonatos e pré-termos. Metodologia: Trata-se de revisão sistemática da literatura realizada nas bases de dados PubMed e Embase, em março de 2026. Foram utilizados descritores de IRA, biomarcadores urinários e população neonatal e prematura. Foram incluídos estudos prospectivos, caso controle e observacionais comparativos, em inglês e português, que avaliaram a capacidade diagnóstica de NGAL, KIM-1 e IL-18 para IRA em neonatos e pré-termos. Foram excluídos estudos observacionais simples ou em pacientes que apresentavam condição clínica patológica associada.Resultados: A análise dos biomarcadores incluiu 6 estudos, totalizando 520 pacientes, sendo 227 neonatos e 293 prematuros. 166 pacientes apresentavam IRA. A NGAL se destacou como o biomarcador mais estabelecido, sendo analisado isoladamente e em associação. Apresentou boa acurácia diagnóstica, com AUROC de 70,2%-92%, sensibilidade de 68,4%-100% e especificidade de 65,8%-100%, sendo seu melhor desempenho na detecção precoce (1 a 2 dias de vida). Os maiores valores de AUROC foram encontrados em pré-termos, que também apresentaram maior consistência nos valores de sensibilidade, enquanto, houve maior variabilidade em neonatos, possivelmente relacionada ao momento da coleta. A IL-18 atua como marcador de inflamação precoce e demonstrou aumentar a acurácia diagnóstica de NGAL quando em conjunto. Essa associação apresentou AUROC de 0,94, sensibilidade de 94% e especificidade de 88%, com bom potencial de identificação precoce de IRA. Isoladamente, IL-18 apresentou desempenho inferior, com AUROC de 0,69 em 24 horas. KIM-1 aparenta ser melhor para LRA avançada, com AUROC de 73,2%-92,9%, sensibilidade 81,3%-100% e especificidade 67,5%-93,3%, sustentando valores altos em dosagens mais tardias (7 a 10 dias). Em pré-termos, quando comparado a NGAL, KIM-1 apresenta melhor desempenho diagnóstico em casos graves e quando analisado mais tardiamente. Esses biomarcadores não foram analisados de forma conjunta e permanece incerto se sua análise combinada poderia apresentar maior acurácia diagnóstica e atuar como preditor de dano grave. Conclusão: NGAL é o biomarcador mais bem estabelecido, sendo útil no diagnóstico precoce, sobretudo quando associado à IL-18. KIM-1 é melhor na detecção de IRA em estágios mais avançados e faltam análises em conjunto a outros biomarcadores. Observa-se que painéis de biomarcadores mostram-se promissores em aprimorar a identificação e caracterização da IRA, contribuindo para a otimização de intervenções clínicas.

Palavras-chave: INJÚRIA RENAL AGUDA. DIAGNÓSTICO. NEONATOS. PRÉ-TERMOS. BIOMARCADORES.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, LABORATORIAIS E GENÉTICAS DAS TUBULOPATIAS HEREDITÁRIAS EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA NO NORDESTE DO BRASIL: ESTUDO RETROSPECTIVO.

ARÍCIA PESSOA DANTAS (INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA (IMIP)), EMÍLIA MARIA DANTAS SOEIRO (INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA (IMIP)), JÚLIA MARIA LÓPEZ GUERRA (INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA (IMIP)), ELEN DE OLIVEIRA SANTOS (INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA (IMIP)), DÉBORA WANDERLEY ALBANEZ FALCÃO (INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA (IMIP))

Introdução: As Tubulopatias Hereditárias são doenças raras que cursam com desequilíbrio da homeostase hidroeletrolítica em diferentes segmentos do néfron, afetando a reabsorção e excreção de substâncias. As manifestações clínicas são inespecíficas, podendo se apresentar com poliúria, alteração pondero-estatural, fadiga muscular e vômitos, enquanto as alterações laboratoriais são variáveis, a depender do segmento tubular acometido. Identificar os aspectos clínicos e laboratoriais é de extrema importância para o diagnóstico precoce da doença. Além disso, a possibilidade de se ampliar o diagnóstico com teste genético contribui para o estabelecimento de intervenções mais assertivas. Objetivos: Avaliar o perfil epidemiológico das Tubulopatias Hereditárias, compreendendo os aspectos demográficos, as apresentações clínicas, as alterações laboratoriais e as variantes genéticas dessas doenças. Metodologia: Estudo de coorte retrospectivo, descritivo, incluindo crianças portadoras de Tubulopatias Hereditárias acompanhadas em um centro de referência em nefrologia pediátrica no nordeste do Brasil. A coleta de dados foi realizada nos prontuários médicos da instituição. As informações coletadas foram digitalizadas no programa Excel para Windows. Os dados serão descritos como percentil, média e desvio padrão. A coleta de dados teve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do serviço estudado. Resultados: Durante a pesquisa de prontuários foram identificados 26 pacientes com diagnóstico de tubulopatia com média de idade de 14 meses ao início dos sintomas e 38 meses ao diagnóstico, 61 por cento do sexo feminino. O sintoma mais frequente apresentado pelos pacientes foi de baixo banho de peso, seguido por deformidade óssea. Na avaliação antropométrica 19 foram classificados como baixo peso e 20 com baixa estatura. Em relação aos diagnósticos fenotípicos dos pacientes, nove deles foram identificados como síndrome de Bartter, sete com acidose tubular renal tipo 1, seis com síndrome de Fanconi, três raquitismo hipofosfatêmico e um hipomagnesemia intestinal tipo 1. Dos pacientes avaliados, foi possível realizar estudo genético em 19 deles. Conclusão: As tubulopatias estudadas apresentaram sinais e sintomas inespecíficos, porém, a queixa de baixo ganho de peso e a baixa estatura preveleceram. História familiar positiva foi ponto fundamental para ampliar a suspeição diagnóstica. Os exames laboratoriais foram sugestivos, porém nem sempre confirmaram o diagnóstico fenotípico, levantando a importância do teste genético, sendo este modificador de conduta nos pacientes avaliados. Atraso diagnóstico é uma realidade que precisa ser combatida com maior suspeição diagnóstica e padronização da investigação.

Palavras-chave: NEFROPATIAS. TÚBULOS RENAIS. EPIDEMIOLOGIA CLÍNICA. PEDIATRIA. TESTES GENÉTICOS.

CISTITE HEMORRÁGICA INDUZIDA POR ADENOVÍRUS EM TRANSPLANTE RENAL PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO

SAMIRA SHIZUKO PARREÃO OI (HUUFMA), ELIANA FRANCO DE ANDRADE SILVA (HUUFMA), FERNANDA RAFAELA PINHEIRO BRINGEL (HUUFMA), ANA PAULA NASCIMENTO FERNANDES (HUUFMA), GISELE SILVA PEREIRA (HUUFMA), GISELLE ANDRADE SILVA LIMA PIRES (HUUFMA), SANDRA PIMENTA DIAS (HUUFMA), CHRISTIANE LEITE BORGES (HUUFMA), JANEIDE LEONAR ALVES SIQUEIRA (HUUFMA), TERESA CRISTINA ALVES FERREIRA (HUUFMA), TEREZA CRISTINA MONTEIRO DE MELO PRAZERES (HUUFMA), JOÃO VICTOR LEAL SALGADO (HUUFMA), VINICIUS DE OLIVEIRA WALLIM (HUUFMA), LORENNA ANDRADE VELOSO (HUUFMA), DANIEL WAGNER DE CASTRO LIMA SANTOS (HUUFMA)

Introdução: A infecção por adenovírus é uma complicação significativa em pacientes pediátricos imunossuprimidos, especialmente após transplante renal, podendo manifestar-se como cistite hemorrágica. O quadro clínico frequentemente mimetiza infecções bacterianas ou complicações urológicas pós-operatórias, dificultando o diagnóstico precoce. Este estudo objetiva relatar um caso de cistite hemorrágica associada ao adenovírus em transplantado renal pediátrico, destacando os desafios diagnósticos e terapêuticos. Objetivos: Paciente masculino, 11 anos, doença renal crônica secundaria a tubulopatia, submetido a transplante renal doador falecido. Recebeu imunossupressão de indução com basiliximabe e metilprednisolona, seguida de tacrolimo, micofenolato e prednisona. No 7º dia pós-operatório, apresentou febre, prurido, disúria e hiperemia peniana. Hemocultura revelou gram-positivos e urocultura evidenciou gram-negativos e Candida sp., sendo iniciado meropenem, teicoplanina e fluconazol. Após retirada do cateter duplo J, evoluiu com hematúria volumosa e persistente no 15º dia, associada à disúria severa e formação de coágulos. Nova urocultura foi negativa e, devido à leucopenia e neutropenia, utilizou-se filgrastim. Doppler do enxerto não apresentou alterações e cistoscopia mostrou lesões bolhosas e friáveis na bexiga. Com a persistência do quadro, PCR urinária detectou carga viral para adenovírus de 90.959,66 cópias/mL, confirmando o diagnóstico. Instituiu-se imunoglobulina intravenosa por três dias e ajustou-se a imunossupressão, substituindo micofenolato por everolimo. Houve melhora clínica significativa, com resolução da hematúria e alta hospitalar no 54º dia. Metodologia: Resultados: A cistite hemorrágica por adenovírus em transplantados pediátricos é rara e desafiadora, exigindo manejo que equilibre controle viral e risco de rejeição. Embora a infecção ocorra em até 15,4% dos casos pediátricos, manifestações graves são menos frequentes, mas predominam nos primeiros meses pós-transplante. A redução precoce da imunossupressão mostrou-se a medida mais eficaz, associando-se à resolução viral mais rápida, enquanto terapias adjuvantes, como imunoglobulina intravenosa, podem acelerar a recuperação clínica. Contudo, a carência de protocolos padronizados, como limiares para início de tratamento específico, evidencia a necessidade de estudos futuros para guiar condutas terapêuticas mais seguras e efetivas. Conclusão: O caso ressalta a importância da suspeição diagnóstica precoce de adenovírus em hematúria persistente no pós-transplante renal pediátrico. A utilização de diagnóstico molecular e a modulac807,a771,o adequada da imunossupressão foram determinantes para o desfecho favorável. Estudos futuros são fundamentais para o desenvolvimento de protocolos eficazes no manejo dessa população vulnerável.

COMPLICAÇÕES EM 1000 TRANSPLANTES RENAIS PEDIÁTRICOS: ANÁLISE DE UM CENTRO.

JESSICA DALBOSCO MULLER (HOSPITAL SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), MARINA ANDRADE BIEHL (HOSPITAL SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), ALINE CAMPANI RODRIGUES (HOSPITAL SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), ALESSANDRA DORIGON (HOSPITAL SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), ROBERTA WEISHEIMER ROHDE (HOSPITAL SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), VIVIAN DO AMARAL OLIVEIRA (HOSPITAL SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), RAPHAEL DE FREITAS BORGES (HOSPITAL SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), DUFAYS DANITH VELÁSQUEZ LOPERENA (HOSPITAL SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), VANDRÉA CARLA DE SOUZA (HOSPITAL SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), CLOTILDE DRUCK GARCIA (HOSPITAL SANTA CASA DE PORTO ALEGRE)

Introdução: O transplante renal é a terapia de escolha para a doença renal crônica terminal em pediatria, visando a melhoria da qualidade de vida, o crescimento estatural e o desenvolvimento neurocognitivo. Apesar dos avanços nas técnicas cirúrgicas e na imunossupressão, as complicações pós-transplante continuam sendo o principal desafio para a sobrevida do enxerto e do paciente. A identificação do perfil dessas complicações, divididas cronologicamente, é fundamental para o aprimoramento dos protocolos de manejo clínico. Objetivos: Analisar as principais complicações como causas de perda do enxerto e óbito em uma coorte de 1000 transplantes renais pediátricos, estratificando os desfechos em precoces (até 3 meses) e tardios (após 3 meses). Metodologia: Estudo retrospectivo e observacional que avaliou 1000 transplantes renais realizados no período de 1977 a 2025 em um centro quaternário de nefrologia pediátrica em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Foram incluídos pacientes transplantados entre 1 e 17 anos e 11 meses, com acompanhamento clínico documentado até os 18 anos de idade. As complicações pós-operatórias foram categorizadas temporalmente. O estudo teve aprovação do comitê de ética e pesquisa da instituição, com o número do CAAE 89264825.7.0000.5335. Resultados: Identificou-se um total de 271 complicações. Foram excluídos da análise temporal 114 casos devido à ausência de datas exatas. Dos 157 desfechos passíveis de estratificação cronológica, 29,3% (n=46) incidiram no período precoce (menor ou igual a 3 meses pós-transplante), enquanto a grande maioria, correspondendo a 70,7% (n=111), ocorreu no período tardio (maior que 3 meses). Complicações precoces: Documentaram-se 34 casos de perda do enxerto e 12 óbitos. As complicações de natureza cirúrgica e vascular destacaram-se como a principal causa de perda do enxerto, com a trombose representando 64,7% dos casos, seguida por sangramentos (11,7%). Observou-se, ainda, perda por recorrência da doença primária e sepse em 5,8% da amostra cada, ao passo que a rejeição aguda incidiu em apenas 2,9%. O número de óbitos precoces foi 12 e esteve majoritariamente associado a quadros infecciosos, como a sepse, que correspondem a 75% das ocorrências fatais. Complicações Tardias: Registraram-se 76 perdas de enxerto e 35 óbitos. A rejeição/má aderência foi a causa predominante de perda tardia (65,4%), seguida pela recorrência da doença (14,47%) e infecção por vírus BK (10,2%). Entre os óbitos tardios, as infecções/sepse representaram 28,6% das causas, além da de PTLD (8,6%). Conclusão: A literatura demonstra que as complicações precoces estão intrinsecamente ligadas a fatores cirúrgicos, como tromboses, corroborando com o estudo atual. Em contrapartida, o período tardio é dominado por desafios imunológicos e de manejo clínico, com a rejeição e a má aderência sendo os principais determinantes da sobrevida do enxerto a longo prazo, em consonância com a literatura recente. O controle rigoroso de infecções permanece vital em ambas as fases para reduzir a mortalidade.

Palavras-chave: TRANSPLANTE. COMPLICAÇÕES. ENXERTO.

COMPROMETIMENTO PSICOSSOCIAL DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS COM SÍNDROME NEFRÓTICA: ANÁLISE PRELIMINAR DE AUTORRELATO E RELATO DOS CUIDADORES

ALESSANDRA VITORINO NAGHETTINI (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS)

Introdução: A síndrome nefrótica é a glomerulopatia mais frequente na infância, com curso clínico marcado por recidivas e uso prolongado de corticoides. Esse contexto favorece o comprometimento psicossocial da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), dimensão ainda pouco sistematizada no seguimento nefropediátrico. Objetivos: Avaliar o comprometimento psicossocial da QVRS em pacientes pediátricos com síndrome nefrótica, comparando o autorrelato de crianças e adolescentes com a percepção dos cuidadores. Metodologia: Estudo analítico, transversal, com pacientes ambulatoriais de 2 a 18 anos com síndrome nefrótica em serviço terciário. Variáveis sociodemográficas e clínicas foram obtidas por formulário e prontuário. A QVRS foi avaliada pelo PedsQLTM 4.0 nas versões autorrelato e relato dos pais. Escores transformados para escala de 0–100, o escore psicossocial resultou da média dos domínios emocional, social e escolar. Realizaram-se análises descritivas e comparações pareadas pelo teste de Wilcoxon para amostras pareadas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 86856025.4.0000.5083). Resultados: Incluídos 36 pacientes (32 pares completos para análise pareada, idade média: 8,5 ± 3,0 anos, diagnóstico aos 2,6 ± 2,0 anos), a maioria apresentou recidiva e uso atual de corticoide. No autorrelato, o escore físico (76,3 ± 19,0) foi superior ao psicossocial (69,5 ± 15,5). O domínio escolar foi o mais comprometido (61,4 ± 22,4), seguido do emocional (69,5 ± 19,1) e social (77,5 ± 21,5). Os cuidadores apresentaram padrão semelhante: físico 74,3 ± 20,7, psicossocial 66,0 ± 18,2, escolar 57,3 ± 23,7 e emocional 60,9 ± 21,0. Na comparação pareada, os cuidadores atribuíram escores significativamente piores ao domínio emocional do que os pacientes (p = 0,017). Conclusão: Na síndrome nefrótica pediátrica, o impacto sobre a QVRS concentra-se nas dimensões psicossociais, com destaque para os domínios escolar e emocional. A percepção mais negativa dos cuidadores quanto ao componente emocional indica que o sofrimento psicossocial pode ser subestimado pelo autorrelato infantil isolado, reforçando a necessidade de avaliação sistemática e intervenções multiprofissionais centradas na família.

Palavras-chave: SÍNDROME NEFRÓTICA.QUALIDADE DE VIDA.DOMÍNIO PSICOSSOCIAL.CUIDADORES

CONCORDÂNCIA ENTRE DINAMÔMETRO DIGITAL DE BAIXO CUSTO E PADRÃO-OURO NA AVALIAÇÃO DA FORÇA DE PREENSÃO PALMAR EM ADOLESCENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA

SAMIRA SHIZUKO PARREÃO OI (HUUFMA), RAIMUNDA SUELY BATISTA MELO (HUUFMA), HEULENMACYA RODRIGUES DE MATOS (HUUFMA), HÉLDER RAFAEL CARVALHO RODRIGUES (UFMA), KAMILLY IEDA SILVA VEIGAS (UFMA), ELIANA FRANCO DE ANDRADE SILVA (HUUFMA), AYRTON ROCHA LIMA (UFMA), FERNANDA KAROLYNNE SOUSA COIMBRA (UFMA), KLÉO YAÊ SILVA MANTOVANI (UFMA), JÚLIO DA SILVA BARROS (UFMA), MARIA CLARA VAZ NUNES (UFMA), MARIA MARCELA MOURA CARVALHO (UFMA), NATALINO SALGADO FILHO (HUUFMA), JANEIDE LEONAR ALVES SIQUEIRA (HUUFMA), JOÃO VICTOR LEAL SALGADO (HUUFMA)

Introdução: A sarcopenia e a função física reduzida são condições frequentemente encontradas em pacientes pediátricos com Doença Renal Crônica (DRC), tornando relevante a avaliação de rotina da Força de Preensão Palmar (FPP) nesta população. Neste sentido, a busca e validação de alternativas acessíveis, como dinamômetros digitais manuais de baixo custo, são essenciais para o devido rastreio e acompanhamento da força muscular nestes pacientes. Objetivos: Avaliar a concordância entre dois testes de avaliação da força muscular por preensão manual em adolescentes com DRC. Metodologia: Estudo transversal e analítico realizado com adolescentes (10-16 anos) com DRC em tratamento conservador (estágios 3a-5) e dialítico, atendidos em serviço de referência em nefrologia pediátrica. A avaliação da FPP foi realizada por dois equipamentos: um dinamômetro hidráulico calibrado (Teste 1), validado na literatura como padrão-ouro, e um dinamômetro digital manual (Teste 2). Avaliou-se o membro dominante em três medições, com contração isométrica máxima e intervalo de um minuto entre elas, sendo a maior medida obtida para análise. Nos pacientes com fístula arteriovenosa, foi utilizado o membro contralateral. Para classificação de força muscular baixa e normal, foram considerados valores < -1 desvio padrão (DP) e 8805, -1 DP, respectivamente. Para analisar a concordância entre os métodos quanto à classificação, utilizamos o teste Kappa de Cohen e para avaliarmos a acurácia e precisão entre os valores dos mesmos, calculados por média ± 1,96 DP (limites de concordância), utilizamos o teste de concordância Bland-Altman. Resultados: Dentre os vinte pacientes avaliados, predominou o sexo feminino (65%), com uma mediana de idade de 12 anos. A média da FPP no teste 1 foi de 17,3 ±5,4 kgf no grupo em tratamento conservador e de 13,2 ±4,9 kgf no grupo dialítico, apresentando uma diferença estatisticamente significante (p=0,035). Não houve diferença significativa no teste 2, sendo a média de 19,3 ±4,8 kgf no grupo conservador e de 14,1 ±5,0 kgf no grupo dialítico. A força muscular foi baixa em 80% dos pacientes que realizaram o teste 1 e em 75% nos do teste 2. Na análise da categorização de força muscular baixa e normal entre os dois métodos de medida, foi encontrada um coeficiente Kappa (k) de 0,86 e intervalo de confiança de 0,58 a 1,13, demonstrando excelente concordância. Na análise de Bland-Altman, encontramos uma diferença pequena de 1,3 Kgf entre valores dos métodos, com limite de concordância variando de -1,8 a 4,4 kgf. Conclusão: O presente estudo em adolescentes com DRC demonstrou uma excelente concordância entre o dinamômetro digital manual e o equipamento considerado padrão-ouro para a avaliação da FPP em todos os aspectos analisados. Portanto, comparado ao método padrão de medição da FPP, o dinamômetro digital manual apresentou-se como uma alternativa clinicamente confiável, válida e de baixo custo para a avaliação da sarcopenia e do estado nutricional nessa população.

CONHECENDO MELHOR A SÍNDROME HEMOLÍTICO URÊMICA ATÍPICA (SHUA) EM MINAS GERAIS (MG): PREVALÊNCIA MÍNIMA, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E TERAPÊUTICA.

MARCELO DE SOUSA TAVARES (SANTA CASA DE BELO HORIZONTE), MARIA GORETTI MOREIRA GUIMARAES PENIDO (SANTA CASA DE BELO HORIZONTE), JUSSARA MARQUES FERREIRA ZUZA VIEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA)

Introdução: A síndrome hemolítico-uremica atípica (SHUa) é uma condição rara que pode evoluir para doença renal crônica se não prontamente reconhecida e tratada. Sua prevalência atual em pacientes abaixo de 18 anos no estado de Minas Gerais (MG) é desconhecida bem como a evolução dos casos em acompanhamento. Objetivos: Caracterizar clinicamente a apresentação inicial da SHUa em crianças menores de 18 anos que estejam vivas em março de 2026, a prevalência mínima na população pediátrica do estado e a evolução clínica. Metodologia: Foi feito contato com 6 grandes centros nefrológicos pediátricos em MG dos quais 2 possuem acompanhamento clínico atual de crianças com SHUa. Foram coletados dados clínicos e também local de nascimento e residência e feita relação com a população pediátrica abaixo de 18 anos conforme dados do Censo 2022 do IBGE Resultados: No mês de março de 2026, 10 crianças estavam em acompanhamento (6 masculinos), com idade mediana de 9 meses (2-109,6) à apresentação, idade atual mediana de 11,56 anos (2,06-13,6). Foi realizada avaliação genética em 4 (40%), 1 normal, 1 com variante patogênica no gene C3, 1 com cnv em CFHR1 e CFHR3 e 1 em homozigose no gene DGKE. Oito (80%) necessitaram de diálise à apresentação e 3 (30%) seguem em terapia renal substitutiva_TRS, 2 em diálise, 1 transplantada). Oito (80%) receberam inibidor de C5 à apresentação (eculizumabe) e 4 seguem em uso da medicação. Dos que não estão em TRS, a taxa de filtração glomerular estimada média é de 111,77+/-35 mL/min/1,73 m²). Um caso (10%) referiu história familiar mas em nenhum houve consanguinidade. No Censo de 2022 (IBGE) havia em MG 20.538.718 habitantes, dos quais 5.977.136 abaixo de 18 anos, permitindo estimar uma prevalência mínima de 1,67 casos/milhão de habitantes abaixo de 18 anos. Conclusão: Trata-se da primeira descrição de prevalência mínima da SHUa no Estado de Minas Gerais. É possível haver algum paciente que não seja acompanhado em grande centro nefrológico no estado, o que é uma limitação do estudo (por isso o conceito de prevalência mínima). A apresentação é predominantemente em meninos e com idade menor que 2 anos, a maioria com necessidade de diálise. A importância da análise genética é refletida no diagnóstico de alteração no gene DGKE, que independe do sistema complemento e que não deve ser tratada com inibidor de C5. Apesar do uso bem-sucedido de inibidor de C5 em 80% dos casos, somente 50% destes pacientes mantêm seu uso, sendo a interrupção involuntária (pelo estado) a causa mais referida. A maioria recuperou a função renal. A prevalência assemelha-se ao estudo de Zimmerhackl e Wuhl, com 3,3 e 2,2 casos/milhão de população <18 anos) respectivamente.

Palavras-chave: SÍNDROME HEMOLÍTICO-URÊMICA ATÍPICA. PREVALÊNCIA. INATIVADORES DO COMPLEMENTO

CONTROLE PERIOPERATÓRIO DE NEFRECTOMIA EM CRIANÇA COM HIPERTENSÃO RENOVASCULAR POR ARTERITE DE TAKAYASU: RELATO DE CASO

LAÍS FELIX BATISTA (HC FMRP- USP), VICTORIA CAROLINE PAGELKOPF (HC FMRP- USP), PATRÍCIA AYUMI NUNES YAMADA (HC FMRP- USP), FRANCISCO HUGO RODRIGUES GOMES (HC FMRP- USP), INALDA FACINCANI (HC FMRP- USP), IVAN COELHO MACHADO (HC FMRP- USP)

Introdução: A estenose de artéria renal é causa relevante de hipertensão arterial (HA) renovascular, sendo apresentação frequente da arterite de Takayasu na infância. O acometimento unilateral leva à ativação exacerbada do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA), resultando em hipertensão de difícil controle. Na refratariedade ao tratamento clínico, a nefrectomia do rim não funcionante pode ser considerada. Este relato descreve o preparo perioperatório para nefrectomia em paciente pediátrico com Takayasu e HA grave. Objetivos: Menino, 9 anos, 29 kg, admitido em emergência hipertensiva (cefaleia, vômitos, crise tônico-clônica, pressão sistólica de 220 mmHg), precedida por inapetência e perda ponderal. Angiotomografia evidenciou rim esquerdo reduzido com oclusão proximal da artéria renal esquerda e irregularidades em artérias subclávias com áreas de estenose. À cintilografia DMSA: exclusão funcional do rim esquerdo. Exames laboratoriais: ureia 30 mg/ dL, creatinina 0,7 mg/ dL, renina >500 mU/ L, VHS 51 mm/ h, PCR 1,53 mg/ dl. O quadro foi compatível com arterite de Takayasu em atividade. Iniciados metotrexato subcutâneo e corticoterapia. Foram atingidas doses máximas de anlodipino, clonidina, minoxidil, espironolactona, carvedilol e hidralazina, mantendo PA > p95+12. Introduziu-se enalapril 2,5 mg, com redução parcial da PA. Diante da HA refratária, indicou-se nefrectomia esquerda, após controle da atividade inflamatória da arterite de Takayasu. O enalapril foi suspenso 48 horas antes do procedimento. As medicações orais foram substituídas por nitroprussiato endovenoso 24 horas antes, titulado até 10 mcg/kg/min, sem controle pressórico adequado. Durante a indução anestésica com propofol, houve melhora do controle pressórico, permitindo redução da infusão para 3 mcg/kg/min. O procedimento ocorreu sem intercorrências. No pós-operatório (PO) imediato, foram reintroduzidos anti-hipertensivos orais, com controle progressivo da PA, possibilitando a suspensão do nitroprussiato no 2º PO. Após duas semanas, apresentava pressão arterial controlada com carvedilol, anlodipino e clonidina. Metodologia: Resultados: O caso ilustra forma grave de HA renovascular associada à arterite de Takayasu. O perioperatório exigiu suspensão do bloqueio do SRAA e transição para vasodilatador endovenoso. A necessidade de altas doses de nitroprussiato antes da indução evidencia a gravidade do quadro, enquanto a melhora após anestesia sugere componente vasoconstritor relevante. Conclusão: Em casos de HA renovascular refratária associada à arterite de Takayasu, a nefrectomia pode ser necessária após o controle da atividade inflamatória. O controle intensivo e titulável da PA foi essencial para evitar hipotensão intraoperatória, garantindo fluxo renal. O manejo perioperatório rigoroso foi fundamental para segurança do procedimento e bom desfecho clínico.

Palavras-chave: ARTERITE DE TAKAYSU. HIPERTENSÃO ARTERIAL REFRATÁRIA. ESTENOSE DE ARTÉRIA RENAL

CORRELAÇÃO ENTRE DIÂMETRO RETAL E ALTERAÇÕES DO TRATO URINÁRIO NA ULTRASSONOGRAFIA FUNCIONAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DISFUNÇÃO DO TRATO URINÁRIO INFERIOR

DESIREEÉ LOUISE SOUZA SANTOS BATISTA (PGCM - UERJ), ALEXANDRA MONTEIRO (FCM _ UERJ), ARINE SANTOS PEÇANHA (FCM - UERJ), JOSE IGNACIO MARENCO AVILA (FCM - UERJ), PAULA GARCEZ OLIVEIRA HAZAN DA FONSECA (PGCM - UERJ), RONALDO DAMIÃO (PGCM UERJ), ELIANE MARIA GARCEZ OLIVEIRA DA FONSECA (PGCM UERJ)

Introdução: A disfunção vesical e intestinal é uma condição frequente em crianças e adolescentes e pode resultar em incontinência urinária e infecção urinária recorrente. A ultrassonografia tem se mostrado útil na avaliação de alterações funcionais do trato urinário e na identificação de impactação fecal. Entretanto, a associação dessas alterações ultrassonográficas ainda é pouco demonstrada. Objetivos: Correlacionar as alterações encontradas na ultrassonografia funcional do trato urinário com a medida do diâmetro retal realizada concomitantemente em crianças e adolescentes com disfunção do trato urinário inferior (DTUI). Metodologia: Estudo transversal realizado segundo protocolo específico de ultrassonografia funcional. Foram avaliados 251 exames em indivíduos de 5 a 18 anos com diagnóstico de DTUI atendidos em serviço especializado. O protocolo incluiu avaliação ultrassonográfica do sistema urinário antes e após a micção e mensuração concomitante do diâmetro retal no plano axial. A fase pré-miccional foi realizada com enchimento vesical máximo referido como forte desejo miccional ou urgência. Foram avaliados os diâmetros renais, o diâmetro anteroposterior da pelve renal, contornos vesicais, volume vesical, espessura da parede vesical posterior e volume residual pós-miccional. A capacidade vesical foi considerada reduzida quando inferior a 65% e aumentada quando superior a 150 % da capacidade vesical estimada para a idade. O diâmetro retal maior ou igual a 3,0 cm foi considerado indicativo de impactação fecal. O coeficiente de correlação de Spearman foi utilizado para avaliar a correlação entre as variáveis analisadas. Resultados: A ultrassonografia evidenciou diâmetro anteroposterior da pelve renal maior ou igual a 1 cm em 36 (14,3 %) indivíduos, redução da capacidade vesical em 150 (60,2 %), resíduo pós-miccional em 83 (33,6 %), espessamento da parede vesical em 43 (20,47 %) e diâmetro retal maior ou igual a 3,0 cm em 175 (71,42 %). O aumento do diâmetro retal apresentou forte correlação com a capacidade vesical reduzida (99,9 %), o aumento da espessura da parede vesical (99,7 %) e o diâmetro anteroposterior da pelve renal maior ou igual a 1,0 cm nas fases pré e pós-miccional (95,5% e 84,4 %, respectivamente). Conclusão: A ultrassonografia funcional identificou associações entre alterações do trato urinário e aumento do diâmetro retal, corroborando a relação entre disfunção do trato urinário inferior e constipação intestinal e reforçando a importância da avaliação do diâmetro retal na ultrassonografia do trato urinário em pacientes com DTUI.

Palavras-chave: DISFUNÇÃO VESICAL E INTESTINAL. INCONTINÊNCIA URINÁRIA. CONSTIPAÇÃO INTESTINAL. ULTRASSONOGRAFIA.

CRIANÇAS DE BAIXO PESO (MENOR 15 KG) SUBMETIDAS A HEMODIÁLISE CRÔNICA: ANÁLISE DE CRESCIMENTO, TAXA DE SOBREVIDA E FATORES DE RISCO

CRISTINA LUCIA HENRIQUES (HOSPITAL SAMARITANO HIGIENÓPOLIS), SIMONE VIEIRA (HOSPITAL SAMARITANO HIGIENÓPOLIS), MARIA FERNANDA CARVALHO DE CAMARGO (HOSPITAL SAMARITANO HIGIENÓPOLIS), SHIRLEI KOMI (HOSPITAL SAMARITANO HIGIENÓPOLIS), PAULO CESAR NOGUEIRA KOCH (HOSPITAL SAMARITANO HIGIENÓPOLIS)

Introdução: O tratamento de crianças de baixo peso (menor 15kg) com doença renal crônica e necessidade de terapia renal substitutiva é um grande desafio e necessita de acompanhamento com equipe multidisciplinar. A hemodiálise é um tratamento viável nessa idade, até a realização de transplante renal. Objetivos: Avaliação do crescimento e taxa de sobrevida (em 3 anos) e seus fatores de risco em crianças de baixo peso submetidas a hemodiálise crônica (HD). Metodologia: Análise retrospectiva realizada de janeiro de 2015 à 2026. Análise do crescimento: regressão linear de efeitos mistos, multinível, com escore Z de altura/idade como objetivo e interação entre tempo e anúria como fatores de risco. Taxa de sobrevida de 3 anos: regressão de risco concorrente, com transplante renal como evento competitivo Resultados: Foram avaliados 108 pacientes (81 sexo masculino) A mediana de idade no início da diálise foi de 3.2 meses e no início do estudo 11meses. A etiologia mais frequente foi Cakut (53%). Mediana de peso 7.5kg (escore Z: -3.2) e altura 71cm (escore Z: -3.8). 70% realizaram diálise peritoneal previamente. 87% realizaram hemodiálise diária. 51% dos pacientes eram anúricos, 10% tinham cardiopatia congênita. A mediana de tempo de permanência em HD foi de 1.8 anos. 69% dos pacientes foram submetidos a transplante renal, 20% foram à óbito, 10% permanecem em hemodiálise, 1% foi transferido para outro serviço. Pacientes com função renal residual mostraram um crescimento superior (com aumento de escore Z altura/idade durante a permanência em HD), ao contrário dos pacientes anúricos (piora do escore Z altura/idade). A taxa de sobrevida foi: 1 ano: 90%, 2 anos: 77% e 3 anos: 68%. A anúria e a presença de cardiopatia congênita foram os fatores com maior impacto negativo na taxa de sobrevida. A idade mais baixa no início da diálise também apresentou um impacto desfavorável na taxa de sobrevida. Conclusão: A HD é um tratamento factível em crianças pequenas com Doença Renal Crônica que necessitam de terapia renal substitutiva, enquanto aguardam o transplante renal. Em nossa casuística de 11 anos, a presença de cardiopatia congênita tem uma contribuição negativa na taxa de sobrevida. A anúria tem um impacto negativo no crescimento e na taxa de sobrevida, sendo de grande importância a preservação da função renal residual nesses pacientes.

Palavras-chave: HEMODIÁLISE. BAIXO PESO. CRESCIMENTO. SOBREVIDA

DESCRIPTIVE ANALYSIS OF REAL-WORLD ENROLLMENT DATA OF PEDIATRIC AND ADULT PATIENTS FROM A GLOBAL PRIMARY HYPEROXALURIA TYPE 1 REGISTRY (BONAPH1DE)

LUCIMARY SYLVESTRE (HOSPITAL PEQUENO PRINCIPE), EFRAT BEN-SHALOM (SHAARE ZEDEK MEDICAL CENTER), JOHN C. LIESKE (MAYO CLINIC), MICHELLE A. BAUM (BOSTON CHILDREN´S HOSPITAL), VLADIMIR BELOSTOTSKY (MCMASTER UNIVERSITY), FELIX KNAUF (CHARITÉ UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN), ANNE-LAURE SELLIER-LECLERC (HOSPICES CIVILS DE LYON), WEIMING DU (ALNYLAM PHARMACEUTICALS), MARY CALLANAN (ALNYLAM PHARMACEUTICALS), TERESA KAUF (ALNYLAM PHARMACEUTICALS), RAYMOND DOAN (ALNYLAM PHARMACEUTICALS), JEFFREY SALAND (ICAHN SCHOOL OF MEDICINE AT MOUNT SINAI), JAAP W. GROOTHOFF (UNIVERSITY OF AMSTERDAM)

Introdução: Primary hyperoxaluria type 1 (PH1) causes hepatic oxalate overproduction, often leading to kidney stones, nephrocalcinosis, kidney failure, and systemic oxalosis. Objetivos: BONAPH1DE (NCT04982393) is a PH1 registry in a broad population, including patients (pts) with limited or no clinical trial data, we characterize enrollment data. Metodologia: Eligible pts have confirmed PH1 managed per routine clinical practice and are enrolled in Belgium, Canada, France, Germany, Italy, Israel, Netherlands, Spain, Switzerland, UK, and US. Data are retrospectively collected up to 5 y pre-enrollment, at enrollment, and prospectively annually up to 7 y. Measures include demographics, genetic testing, manifestations, comorbidities, management, laboratory results (eg, eGFR [calculated using serum creatinine]), pt-reported outcomes, healthcare resource utilization, and safety, pregnancy, and birth outcomes. Pts with no lumasiran treatment history or who underwent liver transplant before enrollment were excluded from this analysis. Resultados: From December 13, 2021 to November 18, 2024, 82 pediatric and 42 adult pts of 138 enrolled had lumasiran treatment history. Family history of PH1 was reported for 39 (48%) pediatric and 16 (38%) adult pts. Twenty-one (26%) pediatric and 22 (52%) adult pts had a pyridoxine-responsive–associated genotype (PR/PR or PR/-). Mean (SD) diagnosis ages (pediatric/adult) were 3.3 (3.9)/22.1 (19.1) y, symptom onset to diagnosis times were 0.7 (1.7)/8.1 (12.5) y, and diagnosis to lumasiran treatment times were 3.0 (3.5)/11.5 (11.4) y. PH1 treatments at enrollment included lumasiran (pediatric/adult: 95%/95%), pyridoxine (42%/67%), crystallization inhibitors (51%/24%), hyperhydration (37%/33%), and dialysis (16%/19%). Before lumasiran treatment, mean (SD) eGFR (n=66/n=20) was 67.61 (43.66)/57.82 (30.32) mL/min/1.73m2 and spot urinary oxalate:creatinine (n=29/n=6) was 0.46 (0.47)/0.09 (0.08) mmol/mmol. Baseline kidney function was normal to stage 5 CKD. Many pts had a history of kidney stones (pediatric/adult: 34 [42%]/30 [71%]), nephrocalcinosis (35 [43%]/12 [29%]), or kidney transplant (5 [6%]/5 [12%]). Conclusão: Data suggest differences in time from diagnosis to lumasiran treatment in pediatric and adult pts. BONAPH1DE complements existing registries by analyzing global pt characteristics and capturing long-term PH1-treatment data in routine clinical management. Future analyses will evaluate real-world effectiveness in adult and pediatric PH1 pts.

Palavras-chave: CHRONIC KIDNEY DISEASE

DIABETES INSIPIDUS NEFROGÊNICO (DIN) PRIMÁRIO - SÉRIE DE CASOS DE UM SERVIÇO UNIVERSITÁRIO

HELOISA MENDES (UNIFESP), MARTA MAIA (UNIFESP), EDUARDO HATANAKA (UNIFESP), MARIA CRISTINA ANDRADE (UNIFESP), PAULO CESAR NOGUEIRA (UNIFESP), JALINE BONETTI (UNIFESP), ULLI ESTRELA (UNIFESP), ANA LAURA SILVEIRA (UNIFESP), ISABEL GOULART (UNIFESP), CRISTIANA UYEDA (UNIFESP), MAYARA MELLO (UNIFESP), JESSICA PICOLO (UNIFESP), CAROLINA AZEVEDO (UNIFESP), FERNANDA LISA (UNIFESP), LOUISE ALVIM (UNIFESP)

Introdução: O Diabetes Insipidus Nefrogênico (DIN) é caracterizado por um defeito de concentração urinária resistente ao hormônio antidiurético (ADH). A forma primária decorre de alterações genéticas, sendo as variantes nos genes AVPR2 (80 a 90% dos casos) e AQP2 as mais comuns. Existe uma escassez de dados sobre o DIN primário em pediatria na população brasileira, o que torna o relato de casos fundamental para o aprimoramento diagnóstico e terapêutico. Objetivos: Descrevemos três pacientes do sexo masculino, com idades atuais de 5, 6 e 16 anos, em acompanhamento ambulatorial especializado, com mediana de tempo de seguimento de 6,4 anos (mínimo de 1,5 e máximo de 15,8 anos). Dois pacientes apresentam variante no gene AVPR2 e um no gene AQP2. Todos nasceram a termo, com peso adequado para a idade gestacional, e apresentaram poliúria e polidipsia desde o nascimento. O Paciente 1 (16 anos) foi diagnosticado aos 4 meses após internação em UTI por desidratação, hipernatremia e convulsão, não respondeu à desmopressina (DDAVP) e obteve controle da natremia com Indometacina, Hidroclorotiazida e Espironolactona. O Paciente 2 (6 anos) iniciou investigação por poliúria, polidipsia e hipertermia, após falha com DDAVP aos 5 meses, iniciou Ibuprofeno e Hidroclorotiazida. O Paciente 3 (5 anos) apresentou retificação da curva de crescimento por volta de 1 ano, sendo diagnosticado aos 5 anos após teste de restrição hídrica, iniciando Hidroclorotiazida e Amilorida. A função renal de todos encontra-se preservada (Taxa de Filtração Glomerular estimada: 142, 121 e 135 ml/min/1,73m², respectivamente), sem hidronefrose à ultrassonografia e as últimas natremias encontram-se em 144 mEq/L, 136 mEq/L e 141 mEq/L. Dois pacientes evoluíram com atraso do desenvolvimento neuropsicomotor. Os escores Z de peso para idade ao diagnóstico eram -0,31, 0,00 e -4,60, e atualmente são +0,90, +0,25 e -1,37. Metodologia: Resultados: Em concordância com a literatura, observou-se predominância do sexo masculino e da variante no gene AVPR2. A idade ao diagnóstico variou (4 meses, 5 meses e 5 anos), com apenas um caso diagnosticado tardiamente em relação ao habitual descrito na literatura (6 a 24 meses). A apresentação clínica foi típica, e em dois casos a confirmação ocorreu via teste de restrição hídrica. Os pacientes apresentam poliúria com média estimada de 5,5 L/dia. O manejo atual inclui dieta hipoosmolar, hidratação e terapêutica farmacológica (todos em um uso de hidroclorotiazida e apenas um paciente em uso de anti-inflamatório). Não houveram reinternações relacionadas à condição de base após o início do acompanhamento ambulatorial regular. Conclusão: Os dados desta série de casos estão de acordo com os achados da literatura mundial. O diagnóstico precoce e a instituição de terapêutica adequada são importantes para a redução do número de internações e melhora do estado nutricional.

DIAGNÓSTICO DE IRA PELA AUSÊNCIA DE QUEDA DA CREATININA NOS PRIMEIROS 7 DIAS DE VIDA DO RECÉM-NASCIDO: ANÁLISE COMPARATIVA COM CRITÉRIOS KDIGO EM COORTE DE 4087 PACIENTES

VICTORIA CAROLINE PAGELKOPF (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA USP), EDUARDO ANTÔNIO DE SOUZA ORLANDIN (RIBEIRÃO PRETO), DAVI MARRA SILVA (BRASIL), WALUSA ASSAD GONÇALVES FERRI (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA USP), IVAN COELHO MACHADO (RIBEIRÃO PRETO)

Introdução: A injúria renal aguda (IRA) neonatal é complicação frequente e associada a elevada morbimortalidade, maior duração da ventilação mecânica e prolongamento da em unidades de terapia intensiva. O KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes) define como IRA a elevação da creatinina e redução do débito urinário. Tais critérios podem limitados em alguns cenários, devido a influência da creatinina materna, baixa acurácia da monitorização da diurese e a percepção tardia do aumento da creatinina. Uma alternativa para essa lacuna seria a utilização dos critérios propostos por Gupta et al., baseados na ausência de queda da creatinina nos primeiros dias de vida. Objetivos: Comparar os critérios KDIGO e Gupta para o diagnóstico de injúria renal aguda em uma coorte neonatal, avaliando a detecção de casos na primeira semana de vida. Metodologia: Estudo observacional retrospectivo em coorte de 4087 recém-nascidos (RN) até 7 dias de vida internados em UTIN de um hospital terciário de 2016 a 2023. Foram excluídos pacientes com diagnóstico de comprometimento estrutural grave. IRA pelo KDIGO foi definida pelo aumento de pelo menos 0,3 mg/dL de creatinina ou aumento superior a 50% do basal ou redução da diurese inferior a 0,5 ml/kg/h. Após a avaliação da incidência de IRA pelo KDIGO, foi utilizado o critério de IRA por GUPTA et al., que define injúria como creatinina igual ou maior que 0,9 mg/dL ou queda inferior a 33% no 3º dia de vida, 0,8 mg/dL ou queda inferior a 40% no 5º dia de vida e 0,7 mg/dL ou queda inferior a 46% no 7º dia de vida. Foi realizada análise descritiva da incidência de IRA e da sobreposição entre os critérios diagnósticos. A distribuição dos pacientes entre os critérios foi representada por diagrama de Venn, permitindo identificar casos exclusivos e simultâneos em ambos os métodos. Resultados: Nos primeiros 7 dias de vida de RN internados em UTIN, a incidência de IRA pelo KDIGO foi de 8,7 % (359), já pelos critérios de Gupta foi de 9,6% (396). Preenchiam ambos os critérios e KDIGO e Gupta 3% dos pacientes (126). O uso do critério de KDIGO deixou de detectar 271 (6,6%) RN que apresentavam falha na queda fisiológica da creatinina e foram captados apenas pelo critério de Gupta. Conclusão: Os resultados evidenciam que o critério de Gupta identifica um subconjunto expressivo de RNs com disfunção renal precoce que não seria detectado pelos critérios KDIGO. Esses achados sugerem que métodos baseados na dinâmica fisiológica da creatinina neonatal podem melhorar a sensibilidade diagnóstica de IRA na primeira semana de vida. A incorporação desses critérios pode contribuir para a identificação precoce de RN em risco e potencialmente permitir intervenções mais oportunas, além de fundamentar o desenvolvimento de sistemas de suporte à decisão clínica (CDSS) baseados em modelos de predição eletrônica.

Palavras-chave: INJÚRIA RENAL AGUDA. RECÉM NASCIDO. CREATININA. UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

DIAGNÓSTICO E EVOLUÇÃO A LONGO PRAZO DE PORTADORES VÁLVULA DE URETRA POSTERIOR ACOMPANHADOS UM AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA EM NEFROLOGIA PEDIÁTRICA DE UMA CAPITAL DO NORDESTE DO PAÍS

ANA LUCIA GUTERRES DE ABREU SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃ), FABIO AUGUSTO OLIVEIRA DO CARMO SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃ), RICARDO FERREIRA SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃ)

Introdução: A válvula de uretra posterior (VUP) é uma anomalia congênita exclusiva do sexo masculino, que está associada a graus variáveis de obstrução ao fluxo urinário ainda no período pré-natal, podendo acarretar graves repercussões tardias ao trato urinário superior nos casos mais severos, ou naqueles onde o diagnóstico é tardio Objetivos: Apresentar a casuística de VUP de um ambulatório de nefrologia pediátrica de referência. Metodologia: Trata-se de um estudo retrospectivo onde avaliou-se os prontuários médicos em busca de dados clínicos, laboratoriais e de imagem, de todas as crianças com diagnóstico VUP acompanhados em um ambulatório especializado, no período entre setembro de 1998 e dezembro de 2024. Resultados: Um total de 18 pacientes com diagnóstico de VUP, fizeram acompanhamento ambulatorial nesse período. A média de idade no início do acompanhamento foi de 10,6 (±5,6) meses e tempo médio de seguimento foi 6,5 (± 4) anos. O diagnóstico foi realizado a partir de Ultrassonografia antenatal somente em metade dos pacientes (9 /50%). Em 17 casos, foi possível obter o laudo da uretrocistografia miccional (UCM) onde descreveu-se uretra posterior dilatada em 10 (58,8%), refluxo vesico-ureteral (RVU) em nove (52,9%) e alteração na morfologia vesical em 17 (100%). Nos 16 meninos, onde foi possível obter a descrição da primeira abordagem para descompressão do trato urinário, 10 (62,5%) realizaram vesicostomia, três (18,7%) ureterostomia bilateral, um (6,2%) nefrostomia bilateral e dois (12,4%) fulguração endoscópica (FVUP) da válvula. Em um segundo momento, todos os demais realizaram FVUP, com uma média de idade de 2,9 (±1,3) anos, na época da intervenção. O laudo da cintilografia renal estática (CRE) realizada após FVUP, foi localizado em 16 crianças. Destas, seis (37,4%) apresentavam cicatrizes bilaterais, três (18,7%) unilaterais e sete (56,1%) exclusão funcional renal unilateral A estimativa do Ritmo de Filtração Glomerular ao final do período de seguimento identificou quatro (23,5%) crianças no estagio 1, oito (47%) no estágio 2, quatro (23,5%) no estagio 3 e dois (11,7%) no estagio 5 da doença renal crônica, portanto em diálise. Destes últimos, ambos tiveram o diagnóstico de VUP após um ano de vida, apresentavam exclusão funcional renal unilateral na CRE e RVU bilateral na UCM. Conclusão: Na casuística aqui apresentada o diagnóstico tardio (pós-natal) da VUP ocorreu em metade dos casos. Mesmo após as cirurgias descompressivas e FVUP, todas as crianças evoluíram com cicatrizes renais e a maioria com redução do ritmo de filtração glomerular ao final do período de seguimento. Tais achados aqui descritos, confirmam a literatura que atribui à VUP uma condição de alta morbidade para o trato urinário superior.

Palavras-chave: VÁLVULA DE URETRA POSTERIOR. ESTENOSE. HIDRONEFROSE

DIÁLISE NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA: IMPACTOS CLÍNICOS E DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS

LUCAS SOLANO ARAUJO DA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ), LAIS SOLANO ARAUJO DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ), BRENDA TUANY PACHECO DIAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ), ANE HELLOISA SANTIAGO CARDOSO (FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ)

Introdução: A diálise é uma terapia renal substitutiva essencial para crianças com insuficiência renal aguda ou crônica, sendo fundamental para manutenção da vida até recuperação da função renal ou realização de transplante. Na pediatria, destacam-se modalidades como hemodiálise e diálise peritoneal, esta última frequentemente preferida devido à melhor tolerabilidade e preservação do crescimento. Além disso, o tratamento impõe impactos clínicos e psicossociais relevantes para pacientes e familiares. Objetivos: Analisar as principais modalidades de diálise em pacientes pediátricos, seus benefícios, limitações e impactos clínicos e sociais Metodologia: Trata-se de uma revisão de literatura, de caráter descritivo e qualitativo, realizada a partir da busca sistematizada de artigos científicos publicados entre os anos de 2020 e 2026. As bases de dados consultadas incluíram PubMed/MEDLINE, SciELO, Lilacs Resultados: Observou-se que a diálise peritoneal é amplamente utilizada em pediatria, especialmente em recém-nascidos e lactentes, por permitir maior estabilidade hemodinâmica e possibilidade de tratamento domiciliar, enquanto a hemodiálise é indicada em situações específicas, como intoxicações ou necessidade de rápida remoção de solutos (Rigo, 2025, Palma et al., 2026). Tecnologias recentes, como a hemodiálise contínua em unidades de terapia intensiva, ampliaram a segurança em pacientes críticos. Entretanto, ambos os métodos apresentam limitações, como risco de infecções, necessidade de acesso vascular ou peritoneal e impacto na qualidade de vida. Conforme Tavares (2024) a escolha da modalidade dialítica em pediatria deve considerar fatores como idade, peso, condição clínica e suporte familiar. A literatura evidencia também que a diálise peritoneal apresenta vantagens importantes, incluindo preservação da função renal residual e menor impacto no crescimento infantil (Neves et al., 2025). Contudo, desafios persistem, como a desigualdade no acesso ao tratamento e a sobrecarga emocional de cuidadores, frequentemente associada a ansiedade e depressão, além do mais, a necessidade de acompanhamento multiprofissional é fundamental para minimizar complicações e melhorar a adesão terapêutica (Palma et al., 2026). Conclusão: A diálise pediátrica constitui uma estratégia terapêutica indispensável no manejo da insuficiência renal, com avanços significativos nos últimos anos. A diálise peritoneal destaca-se como modalidade de escolha em muitos casos, porém ambas as técnicas possuem indicações específicas. Ainda assim, é necessário ampliar o acesso aos serviços e investir em políticas públicas que garantam assistência integral, visando melhores desfechos clínicos e qualidade de vida para crianças e suas famílias.

Palavras-chave: DIALISE. PEDIATRIA. DESAFIOS.

DO ENIGMA CLÍNICO À LAPAROTOMIA: LITÍASE VESICAL MASCARADA EM CENÁRIO DE VULNERABILIDADE PEDIÁTRICA

EMMANUEL MACHADO OLIVEIRA (FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ), BENEDITO ANTÔNIO ARANTES MACEDO (FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ), SAULO DUARTE PASSOS (FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ)

Introdução: A litíase vesical (LV) pediátrica é incomum, porém permanece relevante em contextos de vulnerabilidade social, desnutrição, baixa ingesta hídrica (BHI), higiene precária e infecção urinária recorrente. Em apresentações avançadas, pode cursar com dor abdominal, disúria, hematúria, inflamação vesical crônica e repercussão sobre o trato urinário. Em crianças socialmente fragilizadas, a investigação diagnóstica torna-se ainda mais complexa pela limitação da história clínica e pela coexistência de fatores biomédicos e sociais. Objetivos: Adolescente haitiano, 12 anos, 26,7 kg, com urina escurecida (´aspecto de guaraná´), com esforço miccional, disúria e dor abdominal intensa, há 4 dias, afebril, proveniente de acolhimento institucional, há 1 semana, por suspeita de negligência e maus-tratos, com anamnese limitada pela ausência de familiares. Exame físico: PA 108x65 mmHg, FC 110 bpm, sem edema, estável hemodinamicamente, afebril, Abdômen: RHA +, sem sinais de peritonite, dor em hipogástrio e fossa ilíaca esquerda, secreção prepucial e cicatrizes lineares em dorso/membros superiores. Inicialmente, realizado Rx Abdominal que apresentou corpo estranho, em topografia vesical, ovalada, com ´sinal de dupla parede´, sobrepondo região de reto, solicitado Hemograma, eletrólitos, Ureia (35) e creatinina (0,5) normais e urina tipo 1 (jato médio, pH 5,5, Densidade 1030, nitrito negativo, 32 mil leucócitos e 4 mil hemácias) e Ultrassom Abdominal que elucidou espessamento vesical difuso, debris intravesicais, ectasia piélica bilateral e LV 5x2 cm, aderido em região inferior. Sendo necessário laparotomia exploradora com vesicotomia extraperitoneal para remoção da LV, seguido de evolução favorável, com alívio da dor, resolução da hematúria e diurese normal, como urocultura negativa, recebeu alta, encaminhada para investigação ambulatorial, onde apresentou metabolismo urinário alterado para hipocitratúria (HPC) e Diário Miccional com baixo volume urinário BVU secundário a uma BHI. Após reorientação, houve melhora clinica e laboratorial. Metodologia: Resultados: A LV configura expressão tardia de distúrbio metabólico silencioso, progressivo e potencialmente prevenível, sugerindo evolução prolongada sem reconhecimento clínico, sobretudo em contextos de vulnerabilidade. Do ponto de vista fisiopatológico, o baixo volume urinário e a HpC desempenham papel central. A urina concentrada e acidificada promove maior reabsorção tubular de citrato, reduzindo a excreção urinária deste que é um dos principais inibidores da cristalização de cálcio, favorecendo a nucleação e o crescimento litiásico, mesmo na ausência de HPC. A baixa qualidade dietética correlaciona-se diretamente com a HPC, atuando como fator agravante desse desequilíbrio, especialmente em crianças com BHI. Conclusão: Este caso reforça a importância da atuação precoce do pediatra e do nefrologista, com investigação metabólica estruturada e intervenções preventivas, visando interromper a evolução silenciosa da doença e reduzir complicações a longo prazo.

Palavras-chave: LITÍASE VESICAL. PEDIATRIA. HIPOCITRATURIA. BAIXO VOLUME URINÁRIO. DESIDRATAÇÃO. VULNERABILIDADE SOC

DOENÇA GLOMERULOCÍSTICA EM PACIENTE PEDIÁTRICA COM DOENÇA RENAL CRÔNICA AVANÇADA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE ETIOLOGIAS GENÉTICAS

PATRÍCIA ZAMBI MEIRELLES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES), KELLY CRISTINE MERSCHER BENINCA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES), FERNANDA MOTTA DEL CARO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES), MARCELA ALICE REIS FERREIRA (HOSPITAL ESTADUAL INFANTIL E MATERNIDADE ALZIR BERNARDINO ALVES), ALINE DE ALMEIDA MOREIRA BUSS (HOSPITAL ESTADUAL INFANTIL E MATERNIDADE ALZIR BERNARDINO ALVES), ANITA VARGAS DE CASTRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), DAVI GUEDES CARDOSO BARCELLOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), MARIA LUÍSA RODRIGUES OLIVEIRA ROQUE (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), EDER CUNHA DE MOURA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), WEVERTON MACHADO LUCHI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES)

Introdução: A doença renal glomerulocística (DGC) representa uma alteração histológica encontrada em biópsia renal caracterizada pela dilatação da cápsula de Bowman associada à retração do tufo glomerular, na qual podem estar presentes uma variedade de etiologias, podendo ocorrer de forma esporádica ou hereditária. Embora rara, é reconhecida como uma causa importante de doença renal crônica (DRC) na infância, representando importante diagnóstico diferencial entre as nefropatias císticas. Objetivos: Feminino, 11 anos, admitida com adinamia e palidez, após infecção de vias aéreas superiores tratada com AINEs. Apresentava insuficiência renal grave (creatinina 8,96 mg/dL, ureia 182 mg/dL), acidose metabólica, distúrbios do metabolismo mineral (hipocalcemia, hiperfosfatemia, hiperparatireoidismo) e anemia com necessidade transfusional, além de episódio de urgência hipertensiva, sendo diagnosticada com DRC estágio V previamente não reconhecida. O rastreio para causas secundárias glomerulares foi negativo. A ultrassonografia evidenciou rins aumentados, com maior dimensão de 15,1 cm no direito e 16,3 no esquerdo, ambos com múltiplas pequenas imagens císticas esparsas no parênquima bilateralmente, hiperecogênicos, com perda da diferenciação corticomedular. Havia consanguinidade parental e história familiar de DRC dialítica. A biópsia renal demonstrou retração glomerular com dilatação da cápsula de Bowman, sem depósitos imunológicos, compatível com DGC. Metodologia: Resultados: A DGC consiste em uma alteração histológica comum a uma variedade de doenças genéticas, sindrômicas ou não sindrômicas, hereditárias ou esporádicas. Destacam-se a doença renal policística autossômica dominante de início na infância, esclerose tuberosa, mutações no gene HNF1B e relacionado a trissomias (9, 13 e 18). Outras etiologias incluem nefronoftise e outras ciliopatias, nas quais a disfunção dos cílios primários leva à formação de cistos e progressão para insuficiência renal, geralmente durante a infância. No presente caso, a presença de rins aumentados multicísticos, perda da diferenciação corticomedular e evolução precoce para DRC terminal sugere fortemente uma etiologia hereditária. A consanguinidade parental e o histórico familiar de DRC reforçam essa hipótese. Nesses casos, a investigação genética assume papel fundamental para definição etiológica e melhor compreensão do prognóstico. Conclusão: A DGC é uma condição frequentemente associada a nefropatias hereditárias e à evolução precoce para DRC. Neste caso, os achados histopatológicos, associados à história familiar e consanguinidade parental, sugerem etiologia genética. A paciente encontra-se em terapia renal substitutiva, em fila para transplante renal e aguardando resultado da investigação genética, que auxiliará na definição diagnóstica.

Palavras-chave: DOENÇA GLOMERULOCÍSTICA. NEFROPATIAS HEREDITÁRIAS.

DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA PÓS TRANSPLANTE RENAL PEDIÁTRICO: UMA ANÁLISE RETROSPECTIVA EM CENTRO DE REFERÊNCIA

BÁRBARA MIGLIORINI NUNES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), ROBERTA WEISHEIMER ROHDE (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), VÍVIAN DO AMARAL OLIVEIRA (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), RAPHAEL DE FREITAS BORGES (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), DUFAYS DANITH VELÁSQUEZ LOPERENA (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), MARINA ANDRADE BIEHL (UFCSPA), JESSICA DALBOSCO MULLER (UFCSPA), ALINE CAMPANI RODRIGUES (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), ALESSANDRA DORIGON (UFCSPA), NATÁLIA BASSANI SCHUCH (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), VANDRÉA CARLA DE SOUZA (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), CLOTILDE DRUCK GARCIA (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE)

Introdução: A Doença Linfoproliferativa Pós Transplante (PTLD) representa uma complicação grave e desafiadora após o transplante renal em pediatria. Sua fisiopatologia é pouco compreendida, mas é relacionada a proliferação linfoide em virtude da imunossupressão e é associada à infecção primária pelo Vírus Epstein-Barr (EBV), sendo que o principal fator de risco para seu desenvolvimento é a soronegatividade para EBV pré transplante. Objetivos: Esse estudo tem como objetivo avaliar os casos de PTLD em um centro de referência. Metodologia: Estudo retrospectivo, observacional e descritivo, que analisou PTLD entre 1000 transplantes renais, de um centro de referência para transplante renal no Rio Grande do Sul, de 1977 até 2025, em pacientes com 18 anos ou menos. As variáveis analisadas foram sobrevida, perda do enxerto, sexo, doença de base, idade, imunossupressão na indução do transplante, imunossupressão 1 mês antes do diagnóstico, temporalidade após o transplante, tipo histológico, sorologia de EBV pré transplante, carga viral de EBV e tratamento. Resultados: Entre os 1000 pacientes transplantados, 9 apresentaram PTLD, que equivale a 0,9%. A média de idade foi 12,6 anos e 66,6% eram do sexo masculino. Entre as doenças de base, 44,4% eram anomalias congênitas do rim e do trato urinário. 66,6% dos pacientes receberam basiliximabe na indução do transplante. As terapias imunossupressoras utilizadas um mês antes do diagnóstico foram tacrolimo e micofenolato (44,4%) e tacrolimo e azatioprina (44,4%). O principal tipo histológico foi monomórfico (88,8%). 46% estavam no primeiro ano de transplante. Os locais mais acometidos foram linfonodos (44,4%), enxerto (22,2%) e trato gastrointestinal (22,2%). Com relação ao EBV, 55,5% tinham sorologia negativa pré transplante e 66,6% carga viral positiva. O tratamento foi redução da imunossupressão, com a troca de inibidores da calcineurina por inibidores da rapamicina (sirolimo ou everolimo) e suspensão de antimetabólitos. O rituximabe foi usado em 88,8% e 33,3% necessitaram de quimioterapia. A sobrevida geral foi de 77,7%, a mortalidade ocorreu por progressão da doença. Dentre os sobreviventes, não houve perda do enxerto. Conclusão: Na análise, foi encontrada uma prevalência semelhante à descrita na literatura de 1-2% dos transplantes renais pediátricos. A maioria dos casos ocorreu após 1 ano do transplante. Mais da metade apresentou carga viral positiva para EBV, além de que eram pacientes soronegativo, o que corrobora com outros estudos. O principal tratamento foi a redução da terapia imunossupressora associada ao rituximabe. A taxa de sobrevida corresponde aos dados da literatura, variando de 53-80%, e a mortalidade foi atribuída a progressão de doença. Ressalta-se positivamente que não houve perda do enxerto entre os pacientes que sobreviveram. O estudo tem como limitação a amostragem pequena. Por se tratar de uma doença rara e grave, a PTLD requer melhor entendimento para diagnóstico e tratamento precoce, com intuito de preservar o enxerto e reduzir a morbimortalidade.

Palavras-chave: DOENÇA PROLIFERATIVA PÓS TRANSPLANTE. TRANSPLANTE RENAL PEDIÁTRICO.

DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA PÓS-TRANSPLANTE – EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO ESPECIALIZADO EM TRANSPLANTE RENAL PEDIÁTRICO

EDUARDO FREITAS HATANAKA (HOSPITAL SAMARITANO), MARIA JANIQUES BARCIA MAGALHÃES FONSECA (HOSPITAL SAMARITANO), CAMILA PENTEADO GENZANI (HOSPITAL SAMARITANO), FERNANDO KAZUAKI HAMAMOTO (HOSPITAL SAMARITANO), VANESSA SCARANTI (HOSPITAL SAMARITANO), MARIANA GRIEBELER ROCKENBACH (HOSPITAL SAMARITANO), CARLA RENATA DONATO MACEDO (HOSPITAL SAMARITANO), KEILLA MAYUMI CASTELO BRANCO UCHOA (HOSPITAL SAMARITANO), LUIZA FERREIRA DOMINGUES (HOSPITAL SAMARITANO), CARLOS AUGUSTO MEINBERG PORTO (HOSPITAL SAMARITANO), BELISE KMENTT CAVADA DE SÁ (HOSPITAL SAMARITANO), LUCIANA DE SANTIS FELTRAN (HOSPITAL SAMARITANO), MARIA FERNANDA CARVALHO DE CAMARGO (HOSPITAL SAMARITANO), PAULO CESAR KOCH NOGUEIRA (HOSPITAL SAMARITANO)

Introdução: A doença linfoproliferativa pós-transplante (PTLD) é a neoplasia mais comum após o transplante (Tx) de órgãos sólidos em crianças. Os principais fatores de risco são status sorológico para o vírus Epstein-Barr (EBV) no TX e a intensidade da imunossupressão (ISS). Objetivos: O presente estudo objetiva descrever o perfil de PTLD em um serviço especializado em transplante renal pediátrico ao longo de mais de uma década. Metodologia: Estudo retrospectivo, observacional, baseado na análise de dados de prontuários, com avaliação de: fatores de risco, características diagnósticas, estratégias terapêuticas e desfechos clínicos dos casos de PTLD diagnosticados em um serviço de transplante renal pediátrico entre 2014 e 2024. Resultados: Dentre 534 Txs, houve 41 casos de PTLD (7,6%). Houve predomínio de pacientes do sexo masculino (63,5%) e a etiologia mais frequente de doença renal crônica foram as malformações do rim e trato urinário (CAKUT) – 65,8%, sendo 78,1% dos transplantes realizados com doador falecido. A mediana de idade no momento do transplante foi de 4,7 anos (2,6 – 6,4) e a indução mais frequente foi com basiliximabe (73%), com manutenção inicial mais frequente envolvendo tacrolimo, prednisona e azatioprina (32%). 51% dos receptores eram EBV IgG não-reagentes e 58,5% dos doadores tinham status para EBV desconhecido. A mediana de idade no diagnóstico foi 11,1 anos (7,1 – 14,9), com uma mediana de tempo entre o tx e o diagnóstico de PTLD de 4,6 anos (2,3 – 8,9). 17% dos casos ocorreram nos primeiros 2 anos pós-TX (´precoces´), 37% entre 2 e 5 anos pós-TX e 46% foram ´tardios´ (> 5 anos). Dor abdominal foi a manifestação mais comum (56%) e o principal sítio primário foram os linfonodos intra-abdominais e intestino (61%). Apenas 36,5% dos pacientes apresentavam níveis de DHL acima do limite superior da normalidade no momento do diagnóstico. Predominou PTLD monomórfica (56%), sendo o linfoma difuso de grandes células B o subtipo mais frequente. Entre os pacientes com carga viral detectável para EBV no diagnóstico (77,5%), a mediana foi de 6.770 cópias (3.640 – 28.651) e ao término do tratamento 92,6% apresentavam carga viral indetecável. 63,5% dos pacientes foram tratados com a combinação de redução da ISS associada com rituximabe e ciclofosfamida. O tempo mediano entre o transplante e a última avaliação foi de 8,6 anos (5,9 – 11,3) e o tempo mediano de seguimento após o diagnóstico de PTLD foi de 1,9 anos (1,2 – 4,2). A progressão ou recorrência de PTLD foi observada em 10% dos pacientes, com 2 pacientes (5 %) evoluindo para óbito. Quanto a função renal, a mediana de taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) no diagnóstico foi de 59,2 (40,5 – 77,1) ml/min/1,73 m² e na última avaliação foi de 60,1 (40,6 – 74,6) ml/min/1,73 m². Conclusão: Foi ilustrada a complexidade do diagnóstico e manejo da PTLD em pacientes pediátricos submetidos a tx renal. A frequência de PTLD está de acordo com a reportada na literatura e observou-se uma baixa taxa de mortalidade.

Palavras-chave: TRANSPLANTE RENAL. DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA PÓS-TRANSPLANTE. PEDIATRIA. CASUÍSTICA.

DOENÇA RENAL CRÔNICA EM PEDIATRIA: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA NO MUNICÍPIO DE BELÉM - PARÁ

LUCAS SOLANO ARAÚJO DA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ), LAIS SOLANO ARAÚJO DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ), ANE HELLOISA SANTIAGO CARDOSO (FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ), BRENDA TUANY PACHECO DIAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ)

Introdução: A Doença Renal Crônica (DRC) é caracterizada pela perda progressiva e irreversível da função renal por período superior a três meses, representando importante problema de saúde pública. Na população pediátrica, embora menos prevalente que em adultos, apresenta elevada complexidade clínica, impactando crescimento, desenvolvimento e qualidade de vida. Objetivos: Analisar o perfil epidemiológico da DRC na população pediátrica (0 a 18 anos) com base em dados de internações, mortalidade e distribuição regional no município de Belém, Pará Metodologia: Os dados foram extraídos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), disponível no DATASUS, considerando o município de Belém (PA), com base nas variáveis: número de internações, óbitos e taxa de mortalidade por Doença Renal Crônica (CID N18). Resultados: A análise dos dados evidencia que a DRC na população pediátrica apresenta distribuição heterogênea entre as faixas etárias, com maior concentração de internações entre adolescentes de 15 a 19 anos. Esse achado sugere que muitas condições renais iniciadas na infância evoluem de forma silenciosa, sendo diagnosticadas em estágios mais avançados durante a adolescência. Tal padrão é consistente com a literatura, que aponta que a progressão da DRC em crianças pode ser lenta e frequentemente subdiagnosticada nos estágios iniciais (Harambat et al., 2021). Por outro lado, observa-se maior taxa de mortalidade em menores de 1 ano, indicando maior vulnerabilidade nessa faixa etária. Esse resultado pode estar relacionado à maior incidência de anomalias congênitas dos rins e trato urinário (CAKUT), principais causas de DRC em lactentes, além de fatores como prematuridade e baixo peso ao nascer (Bikbov et al., 2020). A análise dos dados do DATASUS para o município de Belém demonstra aumento progressivo das internações por DRC no período analisado, refletindo tendência nacional. Esse crescimento pode estar associado tanto ao aumento real da incidência quanto à melhoria na notificação e no acesso aos serviços de saúde. Entretanto, a concentração dos atendimentos em centros urbanos evidencia desigualdades regionais, especialmente na Região Norte, onde o acesso a nefrologistas pediátricos e serviços de alta complexidade ainda é limitado (Nerbass et al., 2022). Conclusão: A DRC em pediatria constitui um importante desafio para o sistema de saúde, especialmente em regiões com desigualdade de acesso, como o Norte do Brasil. Os dados do DATASUS evidenciam a necessidade de fortalecimento das políticas públicas voltadas ao diagnóstico precoce, acompanhamento contínuo e ampliação da assistência especializada. Estratégias integradas podem contribuir para redução da morbimortalidade e melhoria da qualidade de vida das crianças acometidas.

Palavras-chave: DOENÇA RENAL CRONICA. PEDIATRIA. BELEM

DOENÇA RENAL CRÔNICA TERMINAL COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE HIPOPLASIA RENAL BILATERAL: RELATO DE CASO EM ADOLESCENTE COM AZOTEMIA GRAVE

ANDREA LUCIA MACHADO BARCELOS (UFSM - UFSM), MATIAS BEVILACQUA MURARO (UFSM), JULIANE POLAKOWSKI (UFSM), NATHÁLIA CRISTINA MACHADO (UFSM), RAUL PEREIRA BASSOTTO FRANCO (UFSM), GABRIELA JORGE CAVA (UFSM), CARLOS ANDRÉ SIQUEIRA BRITTO DA SILVA (UFSM), MARCELO SANTOS NEIS (UFSM), GIOVANA BORGMANN (UFSM), ELOISA PIANO CERUTTI (UFSM), JULIA PITON (UFSM), BRUNA BILIBIO (UFSM)

Introdução: A doença renal crônica (DRC) é definida pela presença persistente da redução da taxa de filtração glomerular (TFG) e/ou marcadores de lesão renal. Na faixa etária pediátrica, as malformações congênitas são a principal causa de DRC, e podem ser assintomáticas mesmo em estágios avançados devido à reserva funcional e adaptação renal. A hipoplasia renal é uma anomalia definida pela redução do número de néfrons desde o nascimento, levando à hiperfiltração compensatória em néfrons remanescentes, resultando em glomeruloesclerose e falência renal tardia, muitas vezes ao estirão puberal. Objetivos: Paciente masculino, 14 anos, previamente hígido mas com quadro de vulnerabilidade social importante, procurou Atenção Primária devido a palidez, fadiga e alteração em exames laboratoriais. Foi internado em hospital de referência para dar seguimento à investigação. À apresentação, creatinina 12,5mg/dL, TFG 8 mL/min/1,73m², ureia 244mg/dL, anemia (Hb 6,2 g/dL), hipocalcemia (Ca 5,2mg/dL), hiperfosfatemia (P 10,1mg/dL), PTH 887,7pg/mL, vitamina D 24,1ng/mL, hipertenso, com baixa estatura (abaixo do z-score -3 para a idade) e atraso puberal. Ultrassom de rins e vias urinárias revelaram nefropatia crônica, rim direito com volume de 25cm3, rim esquerdo com 51cm3 e sinais de hidronefrose bilateral. Sem evidência de obstrução ou refluxo vesicoureteral em uretrocistografia. Durante a internação, apresentou crises convulsivas generalizadas tônico-clônicas, provavelmente secundárias a distúrbios hidroeletrolíticos, uma vez que foram descartadas outras etiologias para o quadro. Na alta, manteve acompanhamento ambulatorial com a equipe de Nefrologia Pediátrica, necessitando de hemodiálise após 1 mês de seguimento. Encaminhado para serviço de alta complexidade com possibilidade de transplante renal, visando o desenvolvimento puberal adequado e qualidade de vida. Metodologia: Resultados: O caso clínico ilustra o diagnóstico tardio de DRC grau V, com comorbidades secundárias ao distúrbio renal já instaladas à apresentação. O quadro tornou-se sintomático durante o estirão de crescimento do adolescente, com aumento da demanda metabólica e ganho de massa muscular (consequentemente produzindo mais creatinina), sobrecarregando os rins já danificados. Descartadas outras causas para a DRC, como nefronoftise, doença renal policística e glomerulopatias, foi fechado o diagnóstico de anormalidade congênita de rim e trato urinário (CAKUT) para esse paciente. Conclusão: Evidencia-se a importância da suspeição clínica precoce da DRC em crianças e adolescentes com sintomas inespecíficos, visto que tal doença silenciosa pode causar repercussões graves ainda em idade precoce. O tratamento é direcionado ao controle da osteodistrofia renal, dos distúrbios hidroeletrolíticos, à preservação da função renal remanescente e ao controle de comorbidades, como anemia, hipertensão e atraso púbero-estatural, sendo o transplante renal a terapia de escolha na injúria renal terminal pediátrica.

Palavras-chave: HIPOPLASIA RENAL. DOENÇA RENAL CRÔNICA. ADOLESCENTE

DOENÇA RENAL CRÔNICA TERMINAL EM 5 CRIANÇAS INDÍGENAS DA ETNIA GUAJAJARA – RELATO DE CASOS.

ELIANA FRANCO DE ANDRADE SILVA (HUUFMA), SAMIRA SHIZUKO PARREÃO OI (HUUFMA), FERNANDA RAFAELA PINHEIRO BRINGEL (HUUFMA), JOÃO VICTOR LEAL SALGADO (HUUFMA), JANEIDE LEONAR ALVES SIQUEIRA (HUUFMA), ANGRA LARISSA DURANS COSTA (HUUFMA), ANA PAULA NASCIMENTO FERNANDES (HUUFMA), SANDRA PIMENTA DIAS (HUUFMA), CHRISTIANE LEITE BORGES (HUUFMA), GISELE SILVA PEREIRA (HUUFMA), GISELLE ANDRADE SILVA LIMA PIRES (HUUFMA), LORENNA ANDRADE VELOSO (HUUFMA)

Introdução: A doença renal é pouco estudada em crianças indígenas e apresenta um impacto relevante em todos os estágios do seu desenvolvimento. Por sua vez, a doença renal crônica terminal (DRCT) é uma condição de perda irreversível da função renal, sendo indispensável à terapia renal substitutiva por meio de diálise ou transplante renal. Objetivos: Descrevem-se cinco crianças indígenas da etnia Guajajara, duas do sexo masculino e três do sexo feminino, com idades entre seis e treze anos, encaminhadas ao serviço estadual de nefrologia pediátrica já em estágio de DRCT, sem etiologia previamente definida. Todas iniciaram terapia dialítica imediatamente. A biópsia renal realizada na admissão foi inconclusiva devido ao avançado grau avançado da DRC. Dois pacientes evoluíram a óbito no ano de 2020, durante a pandemia de COVID-19. Dois foram submetidos a transplante renal, um apresentou rejeição tardia do enxerto, retornando à hemodiálise após dois anos. Nesses dois pacientes observou-se baixa adesão ao uso de imunossupressores após o retorno às aldeias. O quinto paciente permanece em hemodiálise, iniciada em 2021 aos 13 anos. Em dois casos foi possível realizar teste genético, com diagnóstico de síndrome de Alport em um paciente e nefronoftise associada ao gene NPHP1 em outro. Metodologia: Resultados: A dificuldade de amplo acesso à realização de testes genéticos limita a caracterização etiológica da DRC na pediatria. Contudo, no presente estudo, foi possível diagnosticar a nefronoftise, uma doença renal hereditária rara, autossômica recessiva, a qual é considerada a principal causa genética de DRCT em crianças e jovens. Em outro paciente foi encontrada a síndrome de Alport, doença genética rara que afeta o colágeno tipo IV, causando disfunção renal progressiva (hematúria/proteinúria). No geral, os casos evidenciaram diagnóstico tardio da DRC em crianças indígenas, que chegaram ao serviço especializado já em estágio terminal. No contexto das populações indígenas, a distância geográfica das aldeias aos centros de referência, a dificuldade de transporte, as limitações socioeconômicas e as barreiras culturais dificultam o diagnóstico precoce e o acesso ao tratamento, agravando o prognóstico. A pandemia evidenciou maior vulnerabilidade clínica dessa população. Por fim, a baixa adesão ao tratamento imunossupressor após o transplante revelou também a necessidade de estratégias culturalmente sensíveis, com fortalecimento da educação em saúde e maior integração entre atenção especializada e serviços de saúde indígena. Conclusão: A DRCT em crianças indígenas representa grave problema de saúde pública e é influenciada por determinantes sociais, estruturais e culturais. Torna-se fundamental ampliar estratégias de rastreamento precoce, assistência nefrológica pediátrica e políticas de cuidado adaptadas à realidade sociocultural indígena, visando reduzir desigualdades e melhorar o prognóstico.

Palavras-chave: DOENÇA RENAL CRÔNICA TERMINAL. PEDIATRIA. ETNIA GUAJAJARA. INDÍGENAS.

DOENÇA RENAL POLICÍSTICA AUTOSSÔMICA RECESSIVA (ARPKD-PKHD1) DIAGNOSTICADA APÓS SEPSE DE FOCO ABDOMINAL POR SALMONELOSE SISTÊMICA E RINOVÍRUS ASSOCIADO: RELATO DE CASO CLÍNICO

CAMILA DAMIANI DE MATOS (HCPM), BRUNO ESPÍRITO SANTO DE ARAÚJO (HCPM), LUCIANA CABRAL MATULEVIC (HCPM E UFRJ MACAÉ), CLARA ELISE PASCOAL (HCPM)

Introdução: A Doença Renal Policística Autossômica Recessiva (DRPAR) é uma enfermidade genética rara, causada principalmente por variantes no gene PKHD1, que resultam em disfunção da fibrocistina e comprometimento dos cílios primários. Esse processo leva a alterações estruturais renais e hepáticas, com fibrose hepática congênita. Embora descrita como doença de apresentação neonatal grave, reconhece-se atualmente amplo espectro fenotípico, incluindo formas tardias e menos exuberantes, o que pode dificultar o diagnóstico precoce. Ao longo da infância, podem ocorrer infecções urinárias recorrentes, hipertensão arterial e progressão para doença renal crônica, além de manifestações hepáticas associadas à hipertensão portal. A presença de comorbidades aumenta a vulnerabilidade a infecções graves, e coinfecções virais podem agravar a resposta inflamatória, configurando desafio diagnóstico e terapêutico. Objetivos: Lactente masculino, 1 ano e 4 meses, com antecedente de infecção urinária neonatal, admitido com sepse de foco abdominal. Exames laboratoriais evidenciaram anemia leve, plaquetopenia, hipoalbuminemia e elevação de marcadores inflamatórios e transaminases, sem alteração de função renal inicial. Exames de imagem mostraram hepatoesplenomegalia, ascite e processo inflamatório abdominal. Recebeu esquema antibi[otico de amplo espectro e foi submetido à laparotomia exploradora, com achado de líquido sero-hemático e linfadenomegalia mesentérica. Após melhora inicial, evoluiu com recidiva precoce, sendo readmitido. Novas imagens evidenciaram aumento hepático e renal, com nefrograma heterogêneo e suspeita de microabscessos ou doença cística. Hemocultura confirmou Salmonella spp., sendo instituída ceftriaxona por 42 dias, com boa evolução. Persistiam alterações renais em imagem, episódios de hipertensão e achados imunológicos sugestivos de disfunção secundária. A análise genética confirmou DRPAR por variantes patogênicas em heterozigose no PKHD1. Metodologia: Resultados: O caso ilustra apresentação atípica e tardia, com diagnóstico realizado durante investigação de sepse abdominal recorrente. A gravidade clínica pode ser explicada por fatores combinados, como idade precoce, imaturidade imunológica, hepatopatia crônica e coinfecção viral, que favorecem disseminação bacteriana. A bacteremia por Salmonella spp. e a recorrência do quadro justificaram antibioticoterapia prolongada. Os achados de imagem, especialmente rins aumentados e heterogêneos associados à hepatoesplenomegalia, foram fundamentais para suspeita diagnóstica, confirmada geneticamente. A heterozigose composta no PKHD1 explica a variabilidade fenotípica e tem implicações no aconselhamento genético. Conclusão: O caso destaca a importância da suspeição precoce em lactentes com infecções graves ou atípicas, e alterações compatíveis em exames de imagem, bem como do manejo multidisciplinar e aconselhamento genético, fundamentais para melhorar o prognóstico e a qualidade de vida.

Palavras-chave: DOENÇA RENAL POLICÍSTICA AUTOSSÔMICA RECESSIVA. SALMONELOSE SISTÊMICA

DOENÇA RENAL POLICÍSTICA E HIPOGLICEMIA HIPERINSULINÊMICA ASSOCIADAS A VARIANTES NO GENE PMM2 (PMM2-HIPKD): PRIMEIRO RELATO DE CASO NO BRASIL

VANESSA MORAIS NUNES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF EDGARD SANTOS - UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA), ROBERTA MENDES LIMA SOBRAL (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF EDGARD SANTOS - UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA)

Introdução: O gene PMM2 codifica a enzima fosfomanomutase 2, essencial para a glicosilação de proteínas. O distúrbio habitualmente associado é o PMM2-CDG, um erro inato do metabolismo. relacionado ao acometimento multissistêmico, sobretudo neurológico. Diferentemente, os indivíduos com PMM2-HIPKD (Hyperinsulinemic Hypoglycemia and Polycystic Kidney Disease) apresentam manifestações restritas ao rim, pâncreas e fígado, sem envolver outros órgãos. Desde sua descrição em 2017, poucos casos foram reportados. Relatamos o primeiro caso no Brasil de um lactente com esta patologia. Objetivos: Lactente masculino, 5 meses, filho de casal não consanguíneo, nascido de gestação a termo, grande para a idade gestacional, cursou com episódios de hipoglicemia desde o primeiro dia de vida, além de disfunção renal, distúrbios hidroeletrolíticos graves, acidose metabólica e hipertensão arterial sistêmica. A ultrassonografia mostrou rins aumentados, hiperecogênicos, com múltiplos cistos e perda de diferenciação córtico-medular, inicialmente sugerindo doença renal policística autossômica recessiva (DRPAR). Não foram observados envolvimento neurológico, oftalmológico ou hepático. O paciente evoluiu para doença renal crônica terminal, e iniciou diálise peritoneal aos 4 meses de idade. Manteve episódios hipoglicêmicos, e obteve confirmação de hiperinsulinemia através de teste com amostra crítica (hipoglicemia associado a Peptídeo C sérico elevado). Diazóxido foi iniciado para controle da glicemia. O estudo de sequenciamento do Exoma revelou uma variante regulatória no promotor do gene PMM2 (c.-167G>T) em heterozigose composta com uma variante patogênica previamente descrita (c.422G>A (p.Arg141His)), confirmando o diagnóstico de PMM2-HIPKD. Metodologia: Resultados: Apresentamos o primeiro caso brasileiro de PMM2-HIPKD com as variantes patogênicas c.-167G>T, em heterozigose composta com c.422G>A (p.Arg141His). Esta patologia foi inicialmente descrita em 2017, e por ser um quadro diferente da condição habitual associada ao gene PMM2, sugeriu-se tratar de uma doença genética não reconhecida previamente, caracterizada pela presença de hipoglicemia neonatal, DRP, e possível envolvimento hepático. A identificação desta variante no caso relatado permitiu o diagnóstico diferencial com DRPAR, impactando diretamente na condução clínica, incluindo início precoce de diálise, controle da hipoglicemia hiperinsulinêmica e acompanhamento multiprofissional. Conclusão: Recém-nascidos com DRP associada a hipoglicemia recorrente devem ser avaliados para PMM2-HIPKD, especialmente quando a apresentação é atípica, ou o estudo genético não detecta variantes dos genes comumente associado a DRPAR (como PKHD1). O reconhecimento desta enfermidade é essencial para o manejo clínico e aconselhamento genético, considerando seu padrão de herança e implicações familiares. Este é o primeiro relato de caso desta patologia no Brasil, e destaca a importância do diagnóstico genético precoce.

Palavras-chave: DOENÇA RENAL POLICÍSTICA. HIPOGLICEMIA HIPERINSULINÊMICA. PMM2. HIPKD. HIPOGLICEMIA + CISTOS RENAIS

EDEMA REFRATÁRIO NA SÍNDROME NEFRÓTICA (SN)- ALGO EM COMUM COM A ´LEAK SYNDROME´?: UM RELATO DE CASO.

DAYANE MOTA VILELA (UNICAMP), CASSIO RODRIGUES FERRARI (UNICAMP), ANNA CRISTINA BRITO LUTAIF (UNICAMP), LILIANE CURY PRATES (UNICAMP), EDNALDO M BOMFIM (UNICAMP), BRUNA BARROS GARBIN (UNICAMP), VERA SANTORO BELANGERO (UNICAMP)

Introdução: O manejo do edema na SN é desafiador devido à heterogeneidade da fisiopatologia Objetivos: DRSL, masc, bco, 6a, SN desde 3a, cortico-sensível, ciclosporina (CyA) há 2a. Admitido em nosso hospital em 05/2025 após graves intercorrências em outro local: 03/2025- SN descompensada (SND)+ pneumonia, 04/2025- SND + diarréia + lesão renal aguda (LRA), pulso com metilpred por 3 dias + imunoglobulina e alta. Após 15 dias - SND, prostração, ascite e LRA. Evolui com trombose da veia jugular interna direita, braquiocefálica e cava superior, até o átrio direito, além de TEP. Anticoagulação terapêutica. Diálise peritoneal por 36 hs. Na admissão, tem estrias em várias regiões do corpo, peso 21% acima do habitual. Iniciada albumina e furosemida (FURO) EV e hidroclortiazida (HCT), sem diálise. Na triagem infecciosa - diagnosticado CMV através de PCR e usou Ganciclovir e Valganciclovir, total de 21 dias e PCR negativo após. Uso concomitante de Pred e Captopril com boa resposta clínica e peso próximo ao seco. Iniciado Micofenolato sódico (MMS). Próximo da alta, apresentou bacteremia, hemocultura + para KPC NDM. Necessitou de Polimixina e suspenso MMS. Descartada endocardite. Retorno da albumina e FURO EV, espironolactona e HCT + metilpred. Neste período ficou evidente a falta de resposta à albumina e FURO, perfil hemodinâmico de contração de volume sanguíneo efetivo (VSE), grande dissociação da relação uréia/creatinina séricas, Fe de ureia de 15%, DU (1030-1047), volatilidade da função renal. Aventada aumento da permeabilidade vascular e ruptura da função do sistema linfático intersticial. Por isto, restringiu-se o uso de albumina EV, manteve-se balanço hídrico zero, dieta hiperproteica, HCT e espironolactona. O controle do processo infeccioso e a involução dos trombos possibilitaram equilíbrio da resposta imunológica, com melhora da proteinúria. Alta após 78 dias, peso próximo ao seco, FR recuperada. Em uso Pred, MMS e Tacrolimo, Captopril, Rosuvastatina, Warfarina e outros. Metodologia: Resultados: Paciente com anasarca de difícil controle, sugere fisiopatologia complexa de retenção de sódio. Devido à gravidade e refratariedade do quadro, destaca-se a mimetização com a Leak Syndrome (LS), caracterizada por aumento abrupto da permeabilidade capilar, resultando em extravasamento plasmático para o espaço intersticial. O exame clínico do paciente com estrias ilustra a ruptura das fibras de colágeno do espaço intersticial, aumentando sua complacência e prejudicando a função do sistema linfático. A ocorrência de trombose venosa extensa também pode ter contribuído para aumento da pressão venosa sistêmica. Conclusão: Este caso ilustra quadro grave de SN, possivelmente associada a extravasamento capilar sistêmico, com edema maciço refratário e instabilidade hemodinâmica. O reconhecimento dessa possibilidade auxilia a interpretação da evolução clínica e as estratégias terapêuticas.

Palavras-chave: EDEMA REFRATÁRIO. SÍNDROME NEFRÓTICA. LEAK SYNDROME

EFEITO DA ADMINISTRAÇÃO DE CÁLCIO E VITAMINA D NA DENSIDADE MINERAL ÓSSEA DE CRIANÇAS COM SÍNDROME NEFRÓTICA IDIOPÁTICA: RESULTADOS PRELIMINARES DE SERVIÇO TERCIÁRIO

MARCIA CAMEGAÇAVA RIYUZO (FACULDADE DE MEDICINA- UNESP- BOTUCATU), AUGUSTO COLOMBO PACHIEGA (FACULDADE DE MEDICINA- UNESP- BOTUCATU), DEBORAH ROBERTA DANTAS (FACULDADE DE MEDICINA- UNESP- BOTUCATU), SORAYA MAYUMI SASAOKA ZAMONER (FACULDADE DE MEDICINA- UNESP- BOTUCATU), HENRIQUE MOCHIDA TAKASE (FACULDADE DE MEDICINA- UNESP- BOTUCATU)

Introdução: O tratamento dos pacientes com síndrome nefrótica idiopática é realizado pela administração de glicocorticóides que podem alterar a densidade mineral óssea desses pacientes. Objetivos: Avaliou-se o efeito da administração de cálcio e vitamina D na densidade mineral óssea de crianças com síndrome nefrótica idiopática e os fatores preditivos de baixa densidade mineral óssea. Metodologia: Estudo transversal, foram selecionados dados clínicos, laboratoriais e de imagem do banco de dados do Serviço de pacientes com síndrome nefrótica idiopática, com idades acima ou igual a 5 anos que apresentavam: taxa filtração glomerular maior ou igual a 90ml/min/1.73m2SC, dosagem sérica de 25-hidroxivitamina D, dosagens séricas normais de cálcio, fósforo, fosfatase alcalina e avaliação da densidade mineral óssea pelo método DXA (Dual X-ray Absorptiometry).Os pacientes foram distribuidos em dois grupos: controle (N=5 apresentaram dosagens séricas de 25OH-vitamina D (ng/mL) de 25,8, 26, 26,6, 28,6 e 32,6) e grupo tratado (N=4, 3 receberam carbonato de cálcio na dose (mg) de 500, 500 e 600, 4 receberam colecalciferol (Vitamina D3) na dose (UI) de 400, 600, 800 e 800, apresentaram dosagens séricas de 25OH-vitamina D (ng/mL) de 7,4, 19,2, 35 e 42,8). Na análise dos dados foram utilizados teste-t, teste Mann Whitney, qui- quadrado e correlação de Pearson, valores significativos quando $p<0,05$. Resultados: Nove pacientes foram estudados, 5 do sexo masculino, idade na realização da densidade mineral óssea (DMO) foi 6,5 a 17,83 anos, os valores do escore z L1-L4 DMO foram de -2,3 a 00 (4 (44,4%) apresentaram valores 8804, -2,0), 8 estavam em uso de glicocorticoides na dose variando de 0,08 a 1,69 mg/kg/dia e o tempo de uso variou de 0,75 a 9 anos), 3 tiveram recidivas e 1 era resistente ao corticoide. No grupo controle 3 pacientes apresentaram baixo escore z L1-L4 DMO e o grupo tratado 1 apresentou baixa DMO, no entanto não alcançou diferença estatística. Na comparação entre os grupos não houve diferenças entre as medianas e interquartis dos valores séricos da 25 OH vit D, nas medianas de idade no momento da realização da densidade mineral óssea, nas médias de escore z de estatura e do índice de massa corporal, as porcentagens de pacientes com baixa DMO em uso de glicocorticoides e médias do tempo de uso do glicocorticóides. Os valores escore z L1-L4 DMO não estiveram associados ao sexo, ao escore z da estatura, ao escore z do índice de massa corporal, aos valores da 25 OH vit D sérica, a dose e tempo de uso da vit D, dose e tempo de uso do cálcio, dose e tempo de uso do glicocorticóide. Conclusão: Nos resultados preliminares observou-se alta porcentagem de pacientes com síndrome nefrótica idiopática que apresentaram baixa densidade mineral óssea. No entanto, não foram identificados fatores associados a baixa densidade mineral óssea, cujo viés pode estar associado à amostragem.

Palavras-chave: SÍNDROME NEFRÓTICA IDIOPÁTICA. DENSIDADE MINERAL ÓSSEA. MÉTODO DXA

EFICÁCIA DOS EFEITOS RENOPROTETORES DO INIBIDOR DE SGLT2 DAPAGLIFLOZINA EM DOIS PACIENTES COM DRC PROTEINÚRICA HEREDITÁRIA

DEBORA DA CRUZ CERQUEIRA (FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MG), CRISTIANE NAHAS LARA CAMARGOS (FHEMIG)

Introdução: Apesar do tratamento ideal com inibidores da ECA ou BRA, como renoprotetores muitos pacientes com doença renal proteinúrica apresentam perda progressiva da função renal, por isto novas estratégias de tratamento são necessárias para diminuir a proteinúria e retardar o declínio da função renal.Dapagliflozina são inibidores de SGLT2 aprovados para DRC em adultos. Os inibidores de SGLT2 reduzem o declínio da taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) em pacientes adultos com DRC, independentemente da gravidade, na maioria dos casos. Acreditamos que os inibidores de SGLT2 poderiam potencialmente ser benéficos para a população pediátrica com DRC. Pacientes pediátricos com doenças genéticas que cursam com proteinúria e evoluem para DRC terminal que não respondem as terapias tradicionais podem se beneficiar com estas novas terapias. Objetivos: Paciente 1- Feminina, 6 anos com síndrome nefrotica cortico-resistente com biópsia renal com lesões mínimas, com função renal normal no inicio dos sintomas aos 5 anos sem resposta aos inibidores da ECA ou BRA, com historia familiar de mãe transplantada renal há 10 anos secundária á síndrome nefrótica cortico-resistente, tem exame genético (exoma) que detectou síndrome unha-patela (com mutações no gene LMX1B) Diante da evolução do caso foi proposto tratamento com Dapagliflozina na dose de 5mg ao dia por 3 meses e paciente evoluiu com melhora parcial da proteinúria e da TFGe. Paciente 2- Masculino, 14 anos com atrasos em DNPM e dismorfismos faciais com teste genético (exoma) que detectou duas variantes em heterozigose uma no gene COL3A1 classificada como patogênica e outra no gene MME.Durante avaliação laboratorial foi detectada proteinuria não nefrótica, foi proposto tratamento com inibidores da ECA ou BRA porém sem resposta clínica, foi proposto dapagliflozina dose de 10mg ao dia e paciente após 8 semanas iniciou com queda progressiva da proteinúria e melhora da TFGe. Metodologia: Resultados: Nestes dois casos clínicos apresentados os pacientes receberam dapagliflozina 5 mg/d (peso 8804,30 kg) e 10 mg/d (peso >30 kg) após não apresentarem resposta satisfatória a administração de inibidores da ECA e BRA. O desfecho primário foi a mudança na proteinúria, os desfechos secundários incluíram mudanças na proteinúria e TFGe. Os pacientes não apresentaram efeitos adversos. Conclusão: Estes dois relatos de caso sobre o uso de dapagliflozina em crianças com DRC proteinúrica hereditária, nos fornecem uma nova opção terapêutica. Em nossa experiência, a dapagliflozina foi eficaz para uso em crianças com DRC proteinúrica hereditária com TFG >60 ml/min por 1,73 m² e não apresentaram efeitos adversos graves. Mais pesquisas com mais pacientes e por um período de tratamento mais longo são necessárias para confirmar a eficácia da dapagliflozina na redução da proteinúria e na desaceleração da progressão da DRC em crianças

EFICÁCIA E SEGURANÇA DO PARICALCITOL INTRAVENOSO EM CRIANÇAS EM HEMODIÁLISE COM HIPERPARATIREOIDISMO SECUNDÁRIO

SIMONE VIEIRA (HOSPITAL SAMARITANO HIGIENOPOLIS), MARIA FERNANDA CARVALHO DE CAMARGO (HOSPITAL SAMARITANO HIGIENOPOLIS), CRISTINA LUCIA HENRIQUES (HOSPITAL SAMARITANO HIGIENOPOLIS), POLLYANNA SANTOS PACHECO (HOSPITAL SAMARITANO HIGIENOPOLIS), CAMILA PENTEADO GENZANI (HOSPITAL SAMARITANO HIGIENOPOLIS), PAULO CESAR KOCH NOGUEIRA (HOSPITAL SAMARITANO HIGIENOPOLIS)

Introdução: O hiperparatireoidismo secundário é uma complicação frequente em crianças com doença renal crônica em hemodiálise. O paricalcitol, análogo sintético da vitamina D2, atua na inibição da secreção do hormônio da paratireoide (PTH) por meio da ligação ao receptor de vitamina D, podendo representar uma alternativa terapêutica eficaz e segura nessa população. Objetivos: Avaliar a eficácia, segurança e efeitos colaterais do paricalcitol intravenoso em pacientes pediátricos submetidos à hemodiálise crônica com hiperparatireoidismo secundário. Metodologia: Estudo observacional com análise longitudinal de pacientes pediátricos em hemodiálise crônica que utilizaram paricalcitol por no mínimo três meses. Foram avaliados níveis séricos de cálcio, fósforo, PTH, produto cálcio-fósforo (Ca×P) e dose de sevelamer no início do tratamento e após 1, 3, 6 e 12 meses. A análise estatística foi realizada por meio de modelos lineares mistos. Resultados: Foram incluídos 30 pacientes, sendo 66,7% do sexo masculino, com idade média de 4,6 anos (8 meses a 14,2 anos). A dose média de paricalcitol foi de 0,72 µg/kg/dose. Observou-se redução significativa dos níveis de PTH, com queda de valores médios de 730 pg/mL para níveis entre 202 e 365 pg/mL, sustentada até o final do estudo, com significância estatística a partir do terceiro mês (p=0,001). Houve aumento dos níveis séricos de cálcio após o início do tratamento, sem ocorrência significativa de hipercalcemia (Ca>11 mg/dL, p=0,18). Os níveis de fósforo apresentaram aumento com tendência à significância (p=0,059), sem casos de hiperfosfatemia grave (P>6 mg/dL). Não houve aumento significativo da dose de sevelamer (p=0,46). O produto Ca×P apresentou elevação sem relevância estatística (p=0,10). Conclusão: O uso de paricalcitol intravenoso em crianças em hemodiálise promove redução significativa dos níveis de PTH, sem impacto clinicamente relevante nos níveis de cálcio, fósforo, produto Ca×P ou na necessidade de quelantes de fósforo, demonstrando ser uma opção terapêutica eficaz e segura nessa população.

Palavras-chave: PARICALCITOL. HIPERPARATIREOIDISMO SECUNDÁRIO. HEMODIÁLISE. PEDIATRIA. DOENÇA RENAL CRÔNICA

EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA SECUNDÁRIA A RENINOMA: UM CASO PEDIÁTRICO RARO

ANA LUIZA GOMES AUGUSTO (HOSPITAL ESTADUAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE)

Introdução: Emergências hipertensivas na pediatria são geralmente associadas a causas secundárias. Dentre estas, destacam-se os tumores de células justaglomerulares ou reninomas, tumores extremamente raros que acometem células produtoras de renina. Apesar de incomuns, essas neoplasias são em sua maioria benignas e tratáveis e, portanto, requerem alto nível de suspeição. Relatamos um caso de emergência hipertensiva secundária a reninoma em paciente pediátrico. Objetivos: B.G.S.S., sexo masculino, 8 anos, previamente hígido, apresentou quadro de cefaleia recorrente intensa com piora progressiva. Evoluiu com estrabismo súbito, diplopia e oftalmoplegia à direita. Durante investigação inicial, identificada hipertensão arterial grave, com necessidade de múltiplas classes de anti-hipertensivos, hipocalemia, e hiponatremia, com atividade de renina plasmática elevada e hiperaldosteronismo. A angiotomografia de abdome identificou lesão expansiva sólida nodular, de contorno regular, envolvendo cortical e medular no terço médio do rim direito. Identificada paralisia do VI par craniano à direita e papiledema à fundoscopia. Paciente evoluiu com encefalopatia hipertensiva associada à retinopatia (amaurose), hipertrofia ventricular esquerda e crise adrenal. A ressonância magnética (RM) de abdome confirmou nódulo sólido endofítico no rim direito, enquanto a RM de crânio demonstrou trombose venosa do seio sagital superior e seios transversos. Realizada nefrectomia parcial direita com ressecção completa da massa. O anatomopatológico evidenciou neoplasia mesenquimal renal compatível com reninoma, com margens cirúrgicas livres. Após exérese tumoral, houve melhora progressiva dos níveis pressóricos e normalização dos níveis de renina, aldosterona e potássio sérico, mantendo déficit visual. Em seguimento ambulatorial, encontra-se em redução progressiva de anti-hipertensivos, sem evidência de recidiva tumoral. Metodologia: Resultados: O reninoma trata-se de uma neoplasia funcional do aparelho justaglomerular, responsável pela secreção autônoma de renina e ativação exacerbada do sistema renina-angiotensina-aldosterona, levando a hipertensão grave de difícil controle. Menos de 200 casos foram descritos na literatura. Um aspecto relevante no caso descrito é a gravidade das complicações. Lesões de órgão-alvo são frequentes nos casos de reninoma, no entanto, a trombose venosa cerebral é uma manifestação rara, provavelmente relacionada ao estado pró-trombótico induzido pela disfunção endotelial e pela hipertensão grave sustentada. O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica por nefrectomia parcial, visto que a maioria dos tumores é benigna e localizada. A cirurgia costuma ser curativa. As complicações nem sempre têm regressão completa, de modo que o atraso diagnóstico pode resultar em sequelas permanentes. Conclusão: Este caso reforça a importância da suspeita precoce de causas secundárias de hipertensão em crianças, especialmente das raras causas potencialmente curáveis.

Palavras-chave: EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA. HIPERTENSÃO. RENINONA. NEOPLASIA RENAL

ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA (PRES) SECUNDÁRIA A GLOMERULONEFRITE DIFUSA AGUDA: RELATO DE CASO

DEBORAH SASHA BERNARDES NACACHE BERNARDES NACACHE (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS), FELIPE AMARO SILVA PEREIRA (HOSPITAL MUNICIPAL DR. ERNESTO CHE GUEVARA), MARINA AZEVEDO ASSIS (HOSPITAL MUNICIPAL DR. ERNESTO CHE GUEVARA), LARISSA SOUTELHINHO DA COSTA (HOSPITAL MUNICIPAL DR. ERNESTO CHE GUEVARA), BRUNO PACHIEGA SILVEIRA (HOSPITAL MUNICIPAL DR. ERNESTO CHE GUEVARA), MARCIA FERNANDES DEMAMBRO (HOSPITAL MUNICIPAL DR. ERNESTO CHE GUEVARA)

Introdução: A síndrome de encefalopatia posterior reversível (PRES) apresenta cefaleia, alterações visuais, convulsões e rebaixamento da consciência, com edema vasogênico parieto-occipital na neuroimagem. Em crianças, há maior vulnerabilidade a flutuações pressóricas e influência inflamatória. A glomerulonefrite difusa aguda pós-infecciosa (GNDA), uma causa importante de hipertensão infantil, associa-se frequentemente à PRES. O reconhecimento precoce é essencial para prevenir sequelas neurológicas. Objetivos: Escolar masculino, 30 kg, iniciou edema progressivo e evolução com cefaléia. Apresentava lesões compatíveis com impetigo, iniciando cefalexina. Evoluiu com anasarca e cefaleia progressiva, apresentando episódio transitório de perda visual. Nas 24 horas subsequentes, cursou com vômitos e crises convulsivas, associadas a pico hipertensivo e rebaixamento do nível de consciência, sendo transferido para unidade hospitalar de referência. Admitido em estado grave, necessitou de intubação orotraqueal e cuidados em unidade de terapia intensiva pediátrica. A ressonância magnética de crânio evidenciou edema vasogênico em regiões parieto-occipitais, compatível com PRES. Exames laboratoriais demonstraram consumo de C3, proteinúria, hipertensão sustentada e edema, confirmando GNDA pós-infecciosa. O manejo incluiu controle rigoroso da hipertensão com anti-hipertensivos combinados, anticonvulsivantes, antibioticoterapia e suporte ventilatório por quatro dias. Houve estabilização pressórica e resolução progressiva do quadro neurológico, com boa evolução clínica e alta hospitalar com anlodipino. Metodologia: Resultados: O caso ilustra PRES secundária à GNDA, condição frequentemente associada à hipertensão arterial aguda na infância. A combinação de manifestações neurológicas agudas, consumo de C3, proteinúria e achados típicos na ressonância magnética permitiu o diagnóstico preciso. Apesar da gravidade inicial, a evolução costuma ser favorável quando o tratamento é instituído precocemente. Conclusão: PRES deve ser considerada em casos de GNDA com sintomas neurológicos agudos. A ressonância magnética é essencial para a confirmação diagnóstica, e o controle precoce da hipertensão e suporte intensivo são cruciais para reversibilidade do quadro e prevenção de sequelas neurológicas

Palavras-chave: ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA. GLOMERULONEFRITE DIFUSA AGUDA

EPIDEMIOLOGIA DA INJÚRIA RENAL AGUDA NEONATAL EM CENTRO TERCIÁRIO BRASILEIRO: PREVALÊNCIA E DESFECHOS EM COORTE DE 4.582 RECÉM-NASCIDOS

DAVI MARRA SILVA (FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), IVAN COELHO MACHADO (FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), VICTORIA CAROLINE PAGELKOPF (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA USP), LUCAS EDUARDO VASQUES BERTOLI (FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), JULIO CESAR NATHER JUNIOR (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA USP), EDUARDO ANTÔNIO DE SOUZA ORLANDIN (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA USP), WALUSA ASSAD GONÇALVES FERRI (FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO)

Introdução: A injúria renal aguda (IRA) neonatal é frequente em unidades de terapia intensiva, com prevalência entre 6,5% e 17,7%, podendo atingir até 52% em neonatos criticamente enfermos. Em prematuros e recém-nascidos de muito baixo peso, a ocorrência é ainda maior. Estudos multicêntricos, como o AWAKEN, demonstram IRA em cerca de 30% dos neonatos críticos, associada a aumento significativo da mortalidade. Apesar disso, há escassez de dados epidemiológicos nacionais em coortes amplas. Caracterizar a prevalência, os fatores associados e o impacto clínico da IRA é fundamental para compreender sua magnitude e subsidiar estratégias de vigilância. Objetivos: Determinar a prevalência, os fatores associados e o impacto clínico da IRA em recém-nascidos internados em unidades neonatais de um centro terciário brasileiro. Metodologia: Estudo transversal analítico, baseado em dados retrospectivos de recém-nascidos internados em unidades de terapia intensiva e intermediária neonatal entre janeiro de 2016 e dezembro de 2023. A IRA foi definida por critérios KDIGO (1 a 3) adaptados: aumento da creatinina sérica >1,5 vezes o menor valor prévio ou 8805,0,3 mg/dL em 48h e/ou diurese <0,5 mL/kg/h por 24h, incluindo critério adicional de creatinina >1,5 mg/dL. Variáveis contínuas foram descritas por média (DP) ou mediana (IIQ) e comparadas pelos testes t de Student ou Mann-Whitney. Variáveis categóricas foram analisadas pelo teste do qui-quadrado. As associações foram estimadas por odds ratios (OR) com IC95%, interpretadas como medidas de associação. Resultados: Foram analisados 4.582 recém-nascidos, com prevalência de IRA de 11,87% (n=544). O grupo com IRA apresentou maior prematuridade (mediana 33 vs 35 semanas), menor peso ao nascer (1.680 g vs 2.375 g) e menor Apgar no 5º minuto (p<0,001). A IRA foi mais frequente em pacientes internados em UTI avançada (95,04% vs 60,87%). O tempo de internação foi maior no grupo com IRA (40 vs 10 dias, p<0,001). A mortalidade foi mais frequente na presença de IRA (42,10% vs 7,65%). Houve maior exposição a drogas vasoativas, aminoglicosídeos, diuréticos de alça, sedoanalgesia e glicopeptídeos (p<0,001). Conclusão: A prevalência de IRA neonatal foi consistente com a literatura internacional. A condição associou-se a prematuridade, baixo peso, maior gravidade clínica e uso de nefrotóxicos, além de maior tempo de internação e mortalidade. Os achados reforçam a IRA como marcador de gravidade e sustentam a necessidade de estratégias de vigilância ativa e sistemas automatizados de detecção precoce e suporte à decisão clínica.

Palavras-chave: IRA. NEONATOLOGIA. EPIDEMIOLOGIA. UTI NEONATAL

EPIDEMIOLOGIA DO TRATAMENTO DIALÍTICO CRÔNICO ENTRE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM UMA CAPITAL DO NORDESTE DO BRASIL

RICARDO FERREIRA SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃ), ANA LUCIA GUTERRES DE ABREU SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO), JANEIDE LEONAR ALVES SIQUEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO), INGRID SILVA MEDEIROS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO), GISELLE ANDRADE SILVA LIMA PIRES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO)

Introdução: Informações acerca do perfil clínico e epidemiológico das crianças e adolescentes submetidos à diálise crônica no Brasil, são escassas. Objetivos: Descrever as características clínicas e epidemiológicas da população pediátrica em tratamento dialítico crônico ambulatorial em uma capital do Nordeste do Brasil Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, observacional e retrospectivo cuja população foi composta por todas as crianças e adolescentes em tratamento dialítico crônico ambulatorial em São Luís, capital do estado do Maranhão – Brasil, no ano de 2023. Resultados: Trinta e duas crianças e adolescentes portadoras de doença renal crônica (DRC) estiveram em tratamento dialítico (TRS) neste período, sendo a maioria (56,25%) do sexo masculino. A idade média foi 11,31 anos (± 3,56). Quanto à etnia, predominavam os não brancos (71,9%). O tipo de TRS foi exclusivamente hemodiálise (HD) e o acesso vascular mais utilizado no final do período de seguimento, foi a fístula arterio-venosa (56,2%). Acerca da doença base, 35% não tiveram a etiologia identificada. Houve nove transplantes no período, todos com doador falecido e na época havia acesso praticamente universal aos agentes estimuladores da eritropoiese e drogas para prevenção e tratamento dos distúrbios do metabolismo mineral ósseo. Conclusão: A elevada taxa de desconhecimento da doença base e a HD como método exclusivo de TRS em detrimento da diálise peritoneal, refletem desafios diagnósticos, terapêuticos e estruturais, sublinhando a necessidade de melhor planejamento das políticas públicas voltadas ao manejo da DRC pediátrica na região.

Palavras-chave: INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA. DIÁLISE RENAL. CRIANÇA. ADOLESCENTE.

EVOLUÇÃO DA TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR E SOBREVIDA DO ENXERTO EM TRANSPLANTES RENAIS PEDIÁTRICOS POR CINCO ANOS

NICOLE BAIRROS SILVA (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), JESSICA DALBOSCO MULLER (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), MARINA ANDRADE BIEHL (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), ALINE CAMPANI RODRIGUES (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), ROBERTA WEISHEIMER RHODE (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), VIVIAN DO AMARAL OLIVEIRA (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), RAPHAEL DE FREITAS BORGES (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), DUFAYS DANITH VELASQUEZ LOPERENA (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), VANDREA CARLA DE SOUZA (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), CLOTILDE DRUCK GARCIA (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE)

Introdução: A Doença Renal Crônica (DRC) é menos comum na pediatria, contudo dados do Global Burden of Disease de 2021 demonstram a incidência anual de 7,54 milhões de novos casos. O transplante renal é considerado o padrão-ouro de tratamento da DRC, principalmente quando comparado aos outros métodos de terapia renal substitutiva (TRS), oferecendo maior qualidade de vida e sobrevida para os pacientes pediátricos. Porem, poucos dados estão disponíveis sobre a taxa de filtração glomerular (TFG) ao longo do tempo após o transplante renal, principalmente em países em desenvolvimento. Objetivos: O objetivo foi avaliar a sobrevida do enxerto e a evolução da TFG estimada ao longo de cinco anos após o transplante renal. Metodologia: Trata-se de um estudo longitudinal retrospectivo com 234 pacientes pediátricos menores de 18 anos transplantados no sul do Brasil (2013-2020). A função renal foi avaliada pela fórmula de Schwartz, definindo-se perda do enxerto como TFG < 15 mL/min/1,73m² ou retorno à diálise. A análise estatística utilizou testes qui-quadrado, regressão de Cox e Kaplan-Meier ($p < 0,05$), com devida aprovação ética pelo CAAE 89264825.7.0000.5335. Resultados: A amostra apresentou predominância do sexo masculino (56,8%) e média de idade de 10,5 anos. A principal etiologia da DRC foi o grupo das anomalias congênitas do trato urinário (CAKUT) (47,9%), seguido pelas glomerulopatias (21,4%), sendo estas associadas a um risco duas vezes maior de rejeição aguda (HR = 2,06, p = 0,009). A TFG foi monitorada, longitudinalmente, revelando que no 1° mês 98,5% de enxertos eram funcionantes, com mediana de TFG de 83,1 mL/min/1,73m², com desvio padrão (DP) de ± 32,1. Após o primeiro ano, a mediana da TFG elevou-se para 85,7 mL/min/1,73m² (DP ± 28,4), sendo o período determinante de sobrevida a longo prazo (HR = 0,97 P = 0,009). Esse aumento da função se deve provavelmente ao ajuste compensatório do tamanho do enxerto, aos ajustes da imunossupressão e à redução da lesão isquêmica ao longo do primeiro ano. Ao final dos cinco anos, obteve-se uma mediana de TFG de 69,8 mL/min/1,73m² (DP ± 42,6), cuja queda pode ser explicada pela fibrose e nefrotoxicidade que ocorre no enxerto com o passar do tempo. Já sobre a análise de sobrevida do enxerto por Kaplan-Meier, obteve-se 94,8 % (IC 90,5-99,1%) e 83,5 % (IC 76,2-90,8%) no primeiro e no quinto ano após o transplante, respectivamente. A perda do enxerto ocorreu em 15,8% da amostra, motivada principalmente por rejeição (27%) e trombose (18,9%). A sobrevida do enxerto em 5 anos superou as médias nacionais, de acordo com estudos embasados pelo CobrazPed-RTx no período de 2004-2018. Conclusão: O transplante renal pediátrico apresenta bons resultados de função e sobrevida, a TFG ao final do primeiro ano é o principal marcador prognóstico: uma função preservada nesse período indica maior longevidade do enxerto. O sucesso depende da causa da doença de base e da estabilidade funcional precoce, o que exige monitoramento intensivo com foco em cuidados cirúrgicos e imunossupressão

Palavras-chave: TRANSPLANTE. PEDIATRIA. DOENÇA RENAL CRÔNICA. TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA.

EVOLUÇÃO PÔNDERO-ESTATURAL EM UMA COORTE DE PACIENTES PEDIÁTRICOS APÓS CINCO ANOS DE TRANSPLANTE RENAL

EDNALDO BOMFIM (UNICAMP), CASSIO RODRIGUES FERRARI (UNICAMP), ANNA CRISTINA BRITTO LUTAIF (UNICAMP), LILIAN MONTEIRO PALMA (UNICAMP), ILKA PARKER (UNICAMP), SUMARA RIGATTO (UNICAMP), PAULA RIBEIRO GONTIJO (UNICAMP), BRUNA BARROS GARBIM (UNICAMP), MARILDA MAZZALI (UNICAMP), MARCOS VINICIUS SOUSA (UNICAMP), VERA SANTORO BELANGERO (UNICAMP), LILIANE CURY PRATES (UNICAMP)

Introdução: Baixa estatura (BE) é uma consequência da DRC pediátrica, com implicações físicas, psicológicas e socioeconômicas. Tem vários mecanismos determinantes como distúrbios metabólicos, anemia, proteinúria e forte influência do meio ambiente. Objetivos: Sendo o transplante renal (TxR) a melhor terapêutica para DRC, avaliamos a influência de alguns fatores na evolução dos escores Z da estatura e do IMC após o TxR. Metodologia: Coorte retrospectiva de pacientes com TxR, incluindo menores de 17 anos no TX, de 1987 a 2021, com enxerto viável por mais de 5 anos, com dados clínicos e laboratorias com 1, 3 e 5 anos após Tx. A etiologia da DRC foi classificada em glomerulopatia (GP), tubulopatia (TP), maformação do trato urinário (MFTU) e outros. Para análise foram consideradas 3 faixas etárias no momento do Tx: 5 a 9 anos (subgrupo A), 10 a 13 anos (subgrupo B) e 14 a 16 anos (subgrupo C). Referência de Z-escore da OMS para estatura e IMC, e recuperação nutricional como aumento de Z-escore 8805, 0,5. Não foi usado rhGH, nem protocolo de suspensão de corticóide (CE). Testes estatísticos de correlação e comparação de médias e medianas com p< 0,05 Resultados: De 167 transplantes, 91 com critérios de inclusão, 62,6% masculinos, idade média 11,7 anos. MFTU- 46,2%, GP- 34,2%, TP- 15,3%, outros 4,3%. A prevalência de baixa estatura (BE) no pré-Tx = 54,5%, e após 1 ano = 22,7%, 3 anos = 35,63% e 5 anos = 31,82%, diferenças significativas em todos os períodos em relação ao inicial. A prevalência de BE no grupo TP foi significativamente maior em todos os períodos. A evolução da estatura pelos subgrupos etários não mostrou diferenças significativas como um todo (p=0,76). Foi observado associação positiva entre menor dose mínima de corticóide no período de 1, 3 e 5 anos pós-Tx, e recuperação estatural. Pacientes que receberam pulsoterapia tiveram menor ganho estatural (p=0,045). A função renal apresentou correlação positiva moderada (r=0,21) com o crescimento. Não houve associação entre o tempo de diálise prévio e a recuperação de estatura. Os pacientes com delta de z escore positivo com 5 anos (Z escore 5 anos – z escore inicial > 0) tinham z escore significativamente menor inicialmente (p=0,000). Outros fatores não foram significativos: idade ao transplante, etiologia, sexo, tempo prévio em diálise, tipo de doador. A prevalência de excesso de peso quase triplicou após o 1ª ano (de ~10% para ~30%), com persistência após 5 anos nos grupos GP e MFTU. Conclusão: O Tx reduziu a prevalência global de BE em 22,73% ao final de 5 anos, sendo o maior o ganho durante o primeiro ano pós TX. A recuperação estatural ocorreu de forma mais intensa nos pacientes com tubulopatia que apresentavam menores valores do z escore inicial. O aumento da prevalência do excesso de peso é relevante e indica a necessidade de vigilância objetiva. A influência dos fatores socioeconômicos sobre o crescimento não foi avaliada e pode ter efeito significativo nos resultados.

Palavras-chave: TRANSPLANTE RENAL. CRESCIMENTO. EXCESSO DE PESO. ETIOLOGIA

EXISTE INTERAÇÃO ENTRE HIPERTENSÃO ARTERIAL E PROTEINÚRIA NA PROGRESSÃO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA PEDIÁTRICA? EVIDÊNCIAS DE UMA COORTE MULTICÊNTRICA BRASILEIRA.

MARINA MATTIELLO GABRIELE (INSTITUTO DA CRIANÇA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - ICr/HCFMUSP), IVAN COELHO MACHADO (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - USP), ANDREIA WATANABE (ICr/HCFMUSP), INALDA FACINCANI (USP), LILIANE CURY PRATES (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP), VERA MARIA SANTORO BELANGERO (UNICAMP), ANA LÚCIA SANTOS ABREU (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP), MARIA LUIZA DAUTRO MOREIRA DO VAL (UNIFESP), DÉBORA SILVEIRA DIAS VILLAR MARTINS (UNIFESP), PAULA RONSSE NUSSENZVEIG (HOSPITAL INFANTIL DARCY VARGAS), NATÁLIA ANDRÉA DA CRUZ (HOSPITAL INFANTIL DARCY VARGAS), PALOMA CALS DE ALBUQUERQUE GAGO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO - FCMSCSP), MARIANA TOMAZ SILVA SANCHES (FCMSCSP), MARIA FERNANDA CARVALHO DE CAMARGO (HOSPITAL SAMARITANO DE SP), PAULO CÉSAR KOCH NOGUEIRA (HOSPITAL SAMARITANO DE SP)

Introdução: A doença renal crônica (DRC) está associada a altas taxas de morbidade e mortalidade, assim, estratégias para reduzir a velocidade da progressão e retardar o início da terapia de substituição renal podem ser cruciais para a expectativa e a qualidade de vida dos pacientes. Diversos esforços buscaram evidenciar os fatores de risco associados à progressão da doença, sendo a hipertensão arterial (HA) e a proteinúria (PTN) exemplos bem estabelecidos. Compreender o impacto da coexistência de HA e PTN na progressão da DRC é particularmente relevante, especialmente diante da possibilidade de terapias que atuem simultaneamente sobre esses dois fatores. Do ponto de vista fisiopatológico, os mecanismos hemodinâmicos da filtração glomerular sustentam a plausibilidade de interação biológica entre HA e PTN, podendo resultar em evolução mais grave em pacientes pediátricos que apresentam ambas as condições, com efeito conjunto superior ao esperado pela soma de seus efeitos individuais. Objetivos: Avaliar se o efeito da hipertensão arterial sobre a progressão da doença renal crônica é modificado pela presença de proteinúria (e vice-versa) em crianças e adolescentes de uma coorte brasileira multicêntrica. Metodologia: Coorte prospectiva com 254 pacientes de 1 a 18 anos com DRC estágios 3 e 4, acompanhados por tempo mediano de 3,2 anos. O desfecho composto incluiu óbito, início de terapia renal substitutiva ou redução >50% da taxa de filtração glomerular. HA foi definida conforme a diretriz da Academia Americana de Pediatria de 2017 e PTN como relação proteína creatinina urinária >0,5 mg/mg ou 8805,2+ na fita reagente. Modelos de riscos proporcionais de Cox ajustados para covariáveis clínicas relevantes foram utilizados. A interação foi avaliada na escala multiplicativa por meio da inclusão de termo produto entre hipertensão e proteinúria. Resultados: Hipertensão ocorreu em 67,3% e proteinúria em 77,1% dos pacientes. O desfecho ocorreu em 38,6% de casos. Hipertensão associou-se a maior risco de progressão (HR 1,9, IC 95% 1,2–2,9). Proteinúria associou-se a risco aproximadamente quatro vezes maior (HR 4,2, IC 95% 2,0–8,6). A presença concomitante de ambos os fatores apresentou HR 9,7 (IC 95% 2,5–37,9). Entretanto, o termo de interação multiplicativa, específico para verificar se um fator amplifica o efeito do outro, não mostrou significância (HR 0,6, IC 95% 0,1–3,2). Assim, os dados não sustentam a existência de efeito sinérgico entre hipertensão e proteinúria nesta amostra. Conclusão: Hipertensão arterial e proteinúria foram preditores independentes de progressão da DRC em estágios 3 e 4. Embora o risco absoluto tenha sido maior nos pacientes com ambos os fatores, não foi demonstrada interação estatística na escala multiplicativa, sugerindo que os efeitos observados sejam predominantemente independentes nas condições deste estudo. Como a existência dessa interação tem plausibilidade biológica, pode ser que o não achado de interação estatística deva-se ao reduzido efetivo da amostra.

EXPERIÊNCIA CLÍNICA COM O SISTEMA AQUADEX SMARTFLOW® EM PACIENTES CRÍTICOS PEDIÁTRICOS ABAIXO DE 8 KG: SÉRIE DE CASOS E DESAFIOS DE IMPLEMENTAÇÃO

RAFAELA LOPES CARDOSO (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), CASSIANA MIRANDA DE PINHO TAVARES (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), THAILLA MOREIRA SANTIN (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), GUILHERME GIONEDIS (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), CESAR AUGUSTO IKEDA AKIYAMA (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), CLAUDIA MAYUMI OGUSKO (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), ANDREIA WATANABE (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO)

Introdução: A terapia de suporte renal artificial contínuo (TSRAC) em neonatos e lactentes criticamente enfermos permanece desafiadora, principalmente pelo uso de dispositivos desenvolvidos para adultos, cujo volume extracorpóreo ultrapassa 10% da volemia em pacientes com menos de 8 kg. O sistema Aquadex SmartFlow® apresenta volume extracorpóreo de 33 ml, sendo uma alternativa para essa população. Análise descritiva de pacientes sequenciais com peso <8 kg submetidos à TSRAC com Aquadex SmartFlow® entre maio de 2024 e novembro de 2025. Foram realizadas ultrafiltração lenta contínua (SCUF) e hemofiltração veno-venosa contínua (CVVH), com reposição pré capilar adaptada com bomba de infusão externa, sob consentimento informado do responsável legal. Avaliaram-se características clínicas, parâmetros da terapia, duração dos circuitos, intercorrências e desfechos. Foram comparadas ultrafiltração prescrita (UFp), ultrafiltração calculada (UFc) e volume de efluente (VE), excluindo-se registros inconsistentes. Objetivos: Caso 1: lactente de 7 meses (6,6Kg) com linfohistiocitose hemofagocítica e sobrecarga hídrica (SH) 13,7%, submetido a SCUF, com remoção efetiva inicial (REi) 10,6 mL/kg/h, sem anticoagulação. Duração do circuito (916,t) 66h (UFp 2540ml, UFc 2442ml, VE 2532ml). Caso 2: recém-nascido (2,94 Kg), hérnia diafragmática congênita e SH 28%, tratado com CVVH, REi 6,8 mL/kg/h, sem anticoagulação. Utilizados três circuitos com 916,t de 15h (UFp 2430ml, UFc 1827ml, VE 2331ml), 16h (UFp 2280ml, UFc 2312 ml, VE 2099ml) e < 1 h, interrompidos por coagulação e falha de cateter. Apresentou episódio de hipotermia. Caso 3: recém-nascido (3,3Kg), gastrosquise complicada, choque séptico, SH 36% e hiperamonemia, submetido a CVVH, REi 3 ml/Kg/h, sem anticoagulação. Utilizados dois circuitos com 916,t de 38 h (UFp 6740ml, UFc 6328ml, VE 7460 ml) e 11 h (UFp 3540 ml, UFc 3199 ml, VE 3523 ml), interrompidos por entrada de ar no sistema e coagulação. Caso 4: criança de 1 ano e 10 meses (7,6Kg) submetida a transplante hepático por acidemia propiônica, evoluindo com falência do enxerto e SH, tratada com SCUF após CVVHDF, REi 9,2 mL/kg/h, já em uso de heparina 10UI/Kg/h. 916,t de 66 horas (UFp 2890 ml, UFc 2854 ml, VE 3164 ml). Apresentou ruptura inicial de fibra capilar. O primeiro paciente teve alta hospitalar, enquanto os demais evoluíram para óbito. Metodologia: Resultados: A durabilidade dos circuitos variou de <1 h a 66 h. As principais intercorrências foram coagulação do circuito, falha de cateter, entrada de ar, ruptura de fibra capilar e hipotermia. Observou-se discrepância entre UFp, UFc e VE, reforçando a importância de utilizar o VE no cálculo do balanço hídrico. Conclusão: A Aquadex® mostrou-se alternativa viável para suporte renal em crianças com peso <8 kg, permitindo controle volêmico com boa tolerância hemodinâmica. Entretanto, sua utilização envolve desafios técnicos e operacionais, ressaltando a importância do treinamento da equipe e da monitorização rigorosa da terapia.

Palavras-chave: TERAPIA DE SUPORTE RENAL CONTÍNUA. ULTRAFILTRAÇÃO. LACTENTE. INJURIA RENAL AGUDA. HEMOFILTRAÇÃO.

EXPERIÊNCIA DO USO DA DOSAGEM CAPILAR DE CREATININA NO RASTREAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA EM CRIANÇAS

JALINE DE SOUZA BONETTI (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP), ULLI ESTRELA DE CARVALHO MENDES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP), LUCIANA DE SANTIS FELTRAN (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP), ROSANA FIORINI PUCCINI (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP), SIMONE BRASIL DE OLIVEIRA IGLESIAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP), PAULO CESAR KOCH NOGUEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP)

Introdução: A doença renal crônica (DRC) em crianças é frequentemente assintomática em estágios iniciais, o que dificulta sua detecção precoce. A avaliação da função renal depende, em grande parte, da dosagem de creatinina sérica, que nem sempre é prontamente disponível no contexto ambulatorial. Nesse cenário, dispositivos point-of-care (POC) para dosagem de creatinina capilar surgem como alternativa potencial para triagem e apoio à decisão clínica. Objetivos: Relatar a experiência do uso de um dispositivo portátil de dosagem de creatinina capilar por punção digital em crianças atendidas em ambiente ambulatorial, avaliando sua viabilidade operacional, aceitabilidade e desempenho analítico em comparação à dosagem de creatinina sérica convencional em subgrupo de pacientes, assim como, analisar o potencial do método como ferramenta auxiliar no rastreamento precoce DRC em crianças no contexto ambulatorial. Metodologia: Estudo observacional, transversal, realizado com 81 crianças e adolescentes entre 2 e 18 anos acompanhados em ambulatório de Pediatria Geral. A creatinina foi mensurada por punção digital, utilizando dispositivo portátil POC e a taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) foi calculada pela fórmula de Schwartz. Em um subgrupo de 30 pacientes com creatinina sérica prévia, realizou-se análise de concordância entre os métodos por meio do gráfico de Bland–Altman. Resultados: A dosagem de creatinina capilar mostrou-se operacionalmente viável no contexto ambulatorial, com resultado obtido imediatamente e boa aceitabilidade por parte dos pacientes e seus responsáveis. A TFG foi estimada em 80 pacientes, apresentando mediana de 74,3 mL/min/1,73 m² (IQR 65,4–82,9). Considerando o ponto de corte de normalidade (8805, 90 mL/min/1,73 m²), 83,7% das crianças seriam classificadas como tendo TFGe reduzida pelo método POC. Observou-se tendência à subestimação sistemática da TFGe pelo método capilar, com ampla variabilidade e limites de concordância alargados em relação ao método laboratorial, especialmente em valores mais elevados de TFG. Além disso, valores reduzidos de TFGe pelo POC nem sempre se correlacionaram com sinais clínicos de DRC. Limitações operacionais incluíram resistência à punção digital e transporte das tiras reagentes sem monitorização contínua de temperatura. Conclusão: Embora promissor e operacionalmente vantajoso, o método POC não é intercambiável com a dosagem sérica convencional para diagnóstico ou estadiamento preciso da DRC, sendo mais apropriado como ferramenta auxiliar de triagem, desde que interpretado com cautela e integrado a outros parâmetros clínicos e laboratoriais. Estudos adicionais são necessários para validação do método, incluindo a avaliação de estratégias de calibração específicas para a população pediátrica.

Palavras-chave: DOENÇA RENAL CRÔNICA. CREATININA. PEDIATRIA. TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR.

FATORES ASSOCIADOS AO DANO RENAL EM CRIANÇAS COM MIELOMENINGOCELE: REVISÃO SISTEMÁTICA DOS ÚLTIMOS 10 ANOS

RENATA TRINDADE DAMASCENO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PARÁ), SILVANA CRISTINA RODRIGUES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PARÁ), BERNADETE MENDES CAVALEIRO DE MACÊDO NETA ATAIDE DA SILVA (FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ)

Introdução: A mielomeningocele está frequentemente associada à disfunção vesical neurogênica e representa importante causa de morbidade renal na infância. Apesar dos avanços no manejo urológico, a doença renal crônica ainda constitui desfecho relevante nessa população. Objetivos: Identificar fatores associados ao dano renal em crianças e adolescentes com mielomeningocele, com base na literatura dos últimos 10 anos. Metodologia: Revisão sistemática conduzida conforme as recomendações PRISMA. Foram realizadas buscas nas bases PubMed, LILACS e SciELO, incluindo estudos publicados entre 2016 e 2026. Foram selecionados estudos observacionais que avaliaram desfechos renais ou marcadores de risco em pacientes pediátricos com mielomeningocele, espinha bífida ou bexiga neurogênica de origem disráfica. Resultados: Foram incluídos 10 estudos observacionais. Os fatores associados ao dano renal foram agrupados em quatro eixos principais: urodinâmicos, infecciosos, anatômico-radiológicos e relacionados ao manejo. A elevação da pressão intravesical foi o fator mais consistentemente associado à deterioração renal. Infecções urinárias recorrentes e refluxo vesicoureteral também mostraram associação relevante. Achados estruturais, como cicatriz renal em DMSA, relacionaram-se à redução da taxa de filtração glomerular e hipertensão. Parâmetros ultrassonográficos, incluindo espessamento da parede vesical e trabeculação, mostraram associação com refluxo e cicatriz renal. Fatores relacionados ao manejo, especialmente início precoce e adesão ao cateterismo intermitente limpo, destacam-se como determinantes potencialmente modificáveis. Conclusão: O dano renal na mielomeningocele pediátrica é multifatorial e, em grande parte, prevenível. A identificação precoce de fatores de risco e a implementação de estratégias de manejo adequadas, especialmente relacionadas ao controle da pressão vesical, são fundamentais para reduzir a progressão para doença renal crônica.

FATORES CLÍNICOS E ANTROPOMÉTRICOS ASSOCIADOS À MASSA MAGRA APENDICULAR EM ADOLESCENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA

SAMIRA SHIZUKO PARREÃO OI (HUUFMA), KAMILLY IEDA SILVA VEIGAS (UFMA), HÉLDER RAFAEL CARVALHO RODRIGUES (UFMA), KELLY CRISTINA CHAGAS COSTA (UFMA), ELIANA FRANCO DE ANDRADE SILVA (HUUFMA), AYRTON ROCHA LIMA (UFMA), FERNANDA KAROLYNNE SOUSA COIMBRA (UFMA), YASMIN NEVES DIAS DA SILVA (UFMA), KLÉO YAÊ SILVA MANTOVANI (UFMA), JÚLIO DA SILVA BARROS (UFMA), MARIA CLARA VAZ NUNES (UFMA), MARIA MARCELA MOURA CARVALHO (UFMA), ANA PAULA NASCIMENTO FERNANDES (HUUFMA), JANEIDE LEONAR ALVES SIQUEIRA (HUUFMA), JOÃO VICTOR LEAL SALGADO (HUUFMA)

Introdução: A Doença Renal Crônica (DRC) durante a adolescência está frequentemente associada à perda de massa magra, ocasionando impacto negativo no crescimento, desenvolvimento e qualidade de vida. O Índice de Massa Magra Apendicular (ALMi), um indicador quantitativo robusto do músculo esquelético, é amplamente empregado para identificar riscos de sarcopenia e desnutrição em adolescentes com DRC. Objetivos: Analisar os fatores clínicos e antropométricos associados ao Índice de Massa Magra Apendicular (ALMi) em adolescentes com DRC. Metodologia: Trata-se de um estudo transversal analítico conduzido em 19 adolescentes, com idades entre 10 e 16 anos, diagnosticados com DRC nos estágios 3a-5 em tratamento conservador ou dialítico, atendidos em um centro especializado em nefrologia pediátrica. O ALMi foi avaliado por meio de DEXA (Dual-energy X-ray Absorptiometry), e os resultados foram correlacionados com variáveis antropométricas e clínico-laboratoriais relevantes. Resultados: A média de ALMi foi de 5,3 ±0,7 kg/m² no grupo em tratamento conservador e de 3,9 ±0,6 kg/m² no grupo dialítico, com 84% da amostra apresentando baixa massa magra. Foram identificadas correlações significativamente positivas entre o ALMi e variáveis como estatura ($r=0,675$, $p=0,002$), peso ($r=0,771$, $p<0,001$), IMC z-score ($r=0,652$, $p=0,002$), circunferência do braço ($r=0,536$, $p=0,018$), área muscular do braço ($r=0,855$, $p<0,001$), área muscular do braço corrigida ($r=0,839$, $p<0,001$), hemoglobina ($r=0,786$, $p<0,001$) e taxa de filtração glomerular estimada ($r=0,614$, $p=0,005$). Por outro lado, observou-se correlação negativa significativa entre o ALMi e os níveis de ureia ($r=-0,652$, $p=0,002$). Não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre o ALMi e idade, tempo de doença, ferritina, albumina, bicarbonato, vitamina D, GH e Kt/V. Conclusão: Este estudo evidenciou uma alta prevalência de baixa massa magra entre adolescentes com DRC e identificou associações significativas entre o ALMi e variáveis antropométricas, como a área muscular do braço, além de fatores como anemia e função renal. Esses achados destacam a importância de avaliações integradas para entender os fatores contribuintes à redução da massa magra nessa população, sendo fundamentais para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas e de monitoramento mais eficazes no manejo clínico da DRC em pacientes pediátricos.

FATORES PREDITORES DA SÍNDROME CARDIORRENAL TIPOS 3 E 5 EM RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

NILZETE LIBERATO BRESOLIN (UFSC), NAIARA BOARETTO (UFSC), WILLIAM DOS SANTOS (UFSC), DENISE BOUSFIELD DA SILVA (UFSC), DANIEL ARAUJO FERNANDES (UFSC), ANA LUIZA CURI HALLAL (UFSC)

Introdução: A síndrome cardiorrenal (SCR) tipo 3 caracteriza-se por disfunção cardíaca decorrente de injúria renal aguda (IRA) e na SCR tipo 5 há comprometimento simultâneo cardíaco e renal. Objetivos: Descrever o perfil clínico dos pacientes com IRA e identificar os preditores da SCR tipos 3 e 5 em recém-nascidos internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN). Metodologia: Estudo de coorte, retrospectivo, realizado em neonatos com IRA definida pelos critérios Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) internados na UTIN do Hospital Infantil Joana de Gusmão entre 2018 e 2023. Foram analisadas as variáveis clínicas de 132 neonatos com IRA e dos classificados com fenótipos SCR tipo 3 e tipo 5. As variáveis analisadas foram idade gestacional, peso ao nascer, presença de asfixia neonatal, classificação KDIGO, alteração eletrolítica, tempo de permanência na UTIN, uso de ventilação mecânica (VM), terapia dialítica (TD), creatinina sérica e pressão arterial (PA) na alta hospitalar, choque descompensado e óbitos. Foi utilizado o software Jamovi versão 2.6 para análise estatística. Variáveis quantitativas foram comparadas pelos testes t de Student ou Mann-Whitney, conforme a distribuição. O teste de Kruskal-Wallis foi utilizado para a comparação de três ou mais grupos independentes. Variáveis qualitativas foram analisadas pelos testes qui-quadrado ou exato de Fisher. Utilizou-se a regressão logística para identificar fatores associados, com cálculo de odds ratio (OR) e intervalo de confiança (IC) 95%. A significância foi avaliada pelo teste de Wald, com correção de Bonferroni. Resultados: Dos 132 neonatos, 66 apresentaram SCR tipo 3 e 39 do tipo 5. No tipo 3, as principais etiologias foram válvula de uretra posterior e refluxo vesicoureteral (OR=5,65, p=0,004), além de outras causas infecciosas. Os principais preditores na SCR tipo 3 foram prematuridade (p=0,024), asfixia neonatal (p=0,005), estágio KDIGO 3 (p<0,0001) e hipomagnesemia (p=0,037). Esse grupo apresentou maior necessidade de TD (p=0,038), recuperação incompleta da função renal (p=0,0003) e PA elevada na alta hospitalar (p<0,0001). No tipo 5, a etiologia foi sepse em todos os casos (p<0,001). Os preditores foram asfixia neonatal (p=0,003), hipocalcemia (p=0,008), e choque (p=0,049) com necessidade de uso de drogas vasoativas (p=0,002). Esse grupo evoluiu com maior necessidade de VM (p=0,002), maior tempo em UTIN (p=0,029) e maior tendência ao óbito. Conclusão: Os preditores para SCR 3 foram prematuridade, asfixia neonatal, hipomagnesemia e estágio KDIGO 3. Na evolução houve associação com necessidade de TD, recuperação incompleta da função renal e hipertensão arterial na alta hospitalar. Na SCR tipo 5 os preditores foram asfixia neonatal, hipocalcemia e instabilidade hemodinâmica com necessidade de uso de drogas vasoativas. Na evolução houve associação com maior necessidade de VM, maior tempo de internação na UTIN e tendência ao óbito.

Palavras-chave: SÍNDROME CARDIORRENAL TIPO 3 E TIPO 5

FATORES PREDITORES DE MORTALIDADE EM CRIANÇAS SUBMETIDAS À TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA CONTÍNUA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ANÁLISE DE 8 ANOS

SIMONE VIEIRA (HOSPITAL SAMARITANO HIGIENOPOLIS), MARIA FERNANDA CARVALHO DE CAMARGO (HOSPITAL SAMARITANO HIGIENOPOLIS), POLLYANNA SANTOS PACHECO (HOSPITAL SAMARITANO HIGIENOPOLIS), EDUARDO FREITAS HATANAKA (HOSPITAL SAMARITANO HIGIENOPOLIS), PAULO CESAR KOCH NOGUEIRA (HOSPITAL SAMARITANO HIGIENOPOLIS)

Introdução: A injúria renal aguda (IRA) em pacientes críticos pediátricos está associada a elevada morbimortalidade, especialmente nos casos que requerem terapia de substituição renal contínua (CRRT). A identificação de fatores preditores de óbito pode auxiliar na estratificação de risco e no manejo precoce desses pacientes. Objetivos: Avaliar a frequência de mortalidade e identificar fatores preditivos de óbito em crianças com IRA KDIGO estágio 3 submetidas à CRRT em unidade de terapia intensiva pediátrica. Metodologia: Estudo retrospectivo de pacientes pediátricos com IRA KDIGO 3 submetidos à CRRT nos ultimos 8 anos. O desfecho primário foi óbito (sim/não). As variáveis analisadas incluíram sexo, idade, doença de base, causa de internação, sobrecarga hídrica, uso de diuréticos, necessidade de drogas vasoativas e tempo entre a admissão na UTI e o início da diálise. Foi realizada análise multivariada para identificação de fatores independentemente associados ao óbito. Resultados: Foram incluídos 142 pacientes, sendo 74% do sexo masculino, com mediana de idade de 5 anos (IIQ 1,5–10,0). As principais doenças de base foram renal (41%), oncológica (39%) e cardiopatia (12%). Sepse (32%) e insuficiência respiratória (24%) foram as principais causas de internação. A hipervolemia foi a principal indicação de CRRT (80%). A mortalidade global foi de 43%. Na análise multivariada, os fatores associados ao maior risco de óbito foram uso de drogas vasoativas (OR=17,8, IC95% 4,03–78,6, p<0,01) e maior tempo entre a admissão na UTI e o início da diálise (OR=1,11 por dia, IC95% 1,02–1,21, p<0,001). Por outro lado, pacientes com doença de base renal e oncológica apresentaram menor risco de óbito quando comparados à etiologia cardíaca. Conclusão: A injúria renal aguda com necessidade de CRRT em pacientes pediátricos está associada a elevada mortalidade. A necessidade de suporte vasoativo e o atraso no início da terapia dialítica foram fatores independentemente associados a pior prognóstico. Esses achados reforçam a importância da identificação precoce dos pacientes de risco, da otimização hemodinâmica e da instituição oportuna da terapia renal substitutiva como estratégias fundamentais para melhorar os desfechos nessa população crítica.

Palavras-chave: INJÚRIA RENAL AGUDA. TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA CONTÍNUA. UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

FETOPATIA POR BLOQUEIO DO SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA ASSOCIADA AO USO DE LOSARTANA NA GESTAÇÃO GEMELAR: RELATO DE CASO COM DESFECHOS RENAIS DISTINTOS

PATRÍCIA ZAMBI MEIRELLES (HOSPITAL ESTADUAL INFANTIL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - HEINSG), KELLY CRISTINE MERSCHER BENINCA (HEINSG), FERNANDA MOTTA DEL CARO (HEINSG), PAMELA SENNA (HEINSG), JESSICA OLIVEIRA SEIXAS (HEINSG), NATÁLIA SILVA GUERRA (HEINSG), GISELI VENTURINI (HEINSG), RANIELY BULLERJHAN SCHMIDT (HEINSG), ALESSANDRA BOURGUIGNON GAGNO (HEINSG), DAVI GUEDES CARDOSO BARCELLOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), ANITA VARGAS DE CASTRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), LIZANDRA ZANETTI MIRANDA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), LORENZO RIBEIRO DIAS VIEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), WEVERTON MACHADO LUCHI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES)

Introdução: Os antagonistas do receptor de angiotensina II (BRA) tipo 1 como a losartana, são amplamente utilizados no tratamento da hipertensão e atuam inibindo a ligação da angiotensina II ao receptor AT1, reduzindo a atividade do sistema renina-angiotensina (SRA). Entretanto, apresentam potencial fetotóxico, especialmente quando utilizados nos últimos trimestres da gestação. Objetivos: Gestante de 37 anos, G2P3 (gestação gemelar atual), portadora de hipertensão arterial crônica e obesidade, sem acompanhamento pré-natal e em uso contínuo de losartana durante a gestação. A gestação gemelar foi diagnosticada apenas na admissão hospitalar, quando foram identificados adramnia e deterioração clínica materna com pico hipertensivo, sendo indicada interrupção da gestação por cesariana. Os recém-nascidos, gêmeo A e gêmea B, nasceram com 34 semanas, Apgar 8/9, necessitando ventilação com pressão positiva ao nascer e encaminhamento à UTI neonatal. A gêmea B apresentou oligúria neonatal e elevação de creatinina até 5,2 mg/dL, com resposta ao estímulo diurético e melhora progressiva da função renal. Atualmente encontra-se em acompanhamento ambulatorial por doença renal crônica em tratamento conservador. O gêmeo A evoluiu com piora progressiva da função renal (creatinina até 13,4 mg/dL), evoluindo para anúria e ausência de resposta ao estímulo diurético. Diante disso, optou-se por iniciar a diálise peritoneal (DP) e segue dependente de DP até a atualidade. A investigação etiológica não evidenciou malformações estruturais significativas. Metodologia: Resultados: A fetopatia por BRA é uma condição rara e grave. A losartana impede que a angiotensina II promova a proliferação e crescimento celular via receptor AT1, crucial para o desenvolvimento renal do feto, especialmente nos estágios finais da gravidez. A inibição do SRA fetal pode causar hipoperfusão e disgenesia tubular renal, oligúria, resultando em oligodrâmnio e em complicações, como hipoplasia pulmonar grave, insuficiência renal e necessidade de diálise, morte fetal ou neonatal. A discordância clínica nesta gestação gemelar é notável e sugere que o dano não é estritamente dose-dependente. Fatores como variabilidade genética individual nos componentes do sistema renina-angiotensina (SRA), mecanismos epigenéticos e diferenças na perfusão placentária podem modular a vulnerabilidade do parênquima renal, explicando desfechos distintos apesar da exposição materna compartilhada. Conclusão: O presente caso enfatiza a gravidade da exposição aos BRA e a imprevisibilidade do prognóstico renal. Reitera-se a contraindicação desses fármacos, especialmente no segundo e terceiro trimestres da gestação, e a necessidade de acompanhamento nefrológico precoce para manejo de sequelas e otimização do desfecho clínico neonatal.

Palavras-chave: FETOPATIA POR BLOQUEADORES DO SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA. INSUFICIÊNCIA RENAL NEONATAL

FUNÇÃO TARDIA DO ENXERTO EM TRANSPLANTE RENAL PEDIÁTRICO EM UMA COORTE RETROSPECTIVA

ALESSANDRA DORIGON (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), CLOTILDE DRUCK GARCIA (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), RAPHAEL DE FREITAS BORGES (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), ROBERTA WEISHEIMER ROHDE (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), VIVIAN DO AMARAL OLIVEIRA (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), DUFAYS DANITH VELASQUEZ LOPERENA (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), ALINE CAMPANI RODRIGUES (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), MARINA ANDRADE BIEHL (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), JÉSSICA DALBOSCO MULLER (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), VANDREA CARLA DE SOUZA (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL)

Introdução: A função tardia do enxerto (FTE) é uma intercorrência comum no transplante renal com doador falecido (DF), atingindo cerca de 20% a 30% dos pacientes. Essa taxa varia conforme o perfil do centro transplantador e características do doador e do receptor. A definição mais comum de FTE é a necessidade de diálise nos primeiros sete dias após o transplante e seus principais fatores de risco são tempo de isquemia fria prolongado, utilização de enxertos de doadores com critério expandido e maior creatinina sérica do doador. Objetivos: O objetivo deste trabalho foi estudar a FTE em uma amostra de transplantes renais pediátricos, buscando identificar sua taxa de ocorrência, bem como investigar os fatores de risco associados. Metodologia: Foi feito um estudo transversal dos transplantes renais de pacientes com idade inferior a 18 anos realizados no hospital quaternário Santa Casa de Porto Alegre entre janeiro de 2021 e abril de 2024. A FTE foi definida como necessidade de diálise após o transplante com recuperação da função renal posteriormente, não sendo considerados como FTE casos de rejeição ou de recidiva de doença confirmada na biópsia ou pacientes que recuperaram a função do enxerto após reabordagem cirúrgica. Os dados foram examinados no Software R. O projeto não incluiu intervenções adicionais e apresenta registro na Plataforma Brasil (CAAE 89264825.7.0000.5335). Resultados: Foram incluídos no estudo 101 transplantes, 92 dos quais foram de DF, com tempo de isquemia fria mediano de 17,1 horas, e 9 foram de doadores vivos. Na amostra, 6 pacientes apresentaram FTE (todos receptores de DF), equivalendo a uma taxa de 5,94% no grupo geral e de 6,5% no subgrupo de DF. Na regressão logística, um maior tempo de isquemia fria mostrou tendência à associação com FTE, com odds ratio (OR) de 1,18 por hora de isquemia fria e intervalo de confiança (IC) de 95% entre 1,01 e 1,44 (p=0,066). As demais variáveis não apresentaram associação estatisticamente significativa. Conclusão: Concluímos que a taxa de FTE está abaixo dos valores mais frequentemente relatados na literatura internacional, os quais apresentam grande variabilidade. O baixo número de FTEs limitou a precisão das estimativas dos fatores de risco. Apesar de nenhuma variável ter atingido significância estatística convencional (p<0,05), o tempo de isquemia fria apresentou tendência consistente, com magnitude de efeito relevante e direção clinicamente plausível.

Palavras-chave: FUNÇÃO TARDIA DO ENXERTO. TRANSPLANTE RENAL PEDIÁTRICO.

GLOMERULOESCLEROSE SEGMENTAR E FOCAL EM PACIENTE PEDIÁTRICO MENOR DE 2 ANOS AGRAVADO POR COMORBIDADES - RELATO DE CASO

ELIANA FRANCO DE ANDRADE SILVA (HUUFMA), SAMIRA SHIZUKO PARREÃO OI (HUUFMA), FERNANDA RAFAELA PINHEIRO BRINGEL (HUUFMA), ANGRA LARISSA DURANS COSTA (HUUFMA), JOÃO VICTOR LEAL SALGADO (HUUFMA), JANEIDE LEONAR ALVES SIQUEIRA (HUUFMA), ANA PAULA NASCIMENTO FERNANDES (HUUFMA), SANDRA PIMENTA DIAS (HUUFMA), CHRISTIANE LEITE BORGES (HUUFMA), GISELE SILVA PEREIRA (HUUFMA), GISELLE ANDRADE SILVA LIMA PIRES (HUUFMA), LORENNA ANDRADE VELOSO (HUUFMA)

Introdução: A glomeruloesclerose segmentar e focal (GESF) é um padrão histopatológico de lesão glomerular caracterizado por dano podocitário, sendo causa importante de síndrome nefrótica córtico-resistente na infância. Manifesta-se por edema, proteinúria nefrótica e hipoalbuminemia. A faixa etária mais acometida situa-se entre 2 e 8 anos, sendo rara em menores de 2 anos, podendo estar associada a comorbidades que dificultam o diagnóstico e o manejo terapêutico. Objetivos: Paciente masculino, 1 ano e 9 meses, previamente hígido, apresentou edema progressivo em face, abdome e membros há um mês, associado à redução da diurese. Foi internado com diagnóstico de síndrome nefrótica e iniciou tratamento convencional com corticoterapia, sem resposta clínica satisfatória. Encaminhado a hospital de referência em nefrologia pediátrica, permaneceu internado por 60 dias devido a edema refratário, necessitando infusões intermitentes de albumina e furosemida, evoluindo para uso contínuo de furosemida e aminofilina. Na investigação etiológica, identificaram-se sorologias IgM positivas para herpesvírus e toxoplasmose. Instituiu-se aciclovir endovenoso por 14 dias e tratamento para toxoplasmose com sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico por seis semanas. Foi diagnosticado hipotireoidismo, iniciando-se reposição com levotiroxina. Após estabilização clínica, realizou-se biópsia renal, que confirmou GESF. Iniciou-se terapia com ciclosporina, mantendo-se corticoterapia, com evolução favorável e alta hospitalar após 60 dias de internação. Metodologia: Resultados: Na infância, a síndrome nefrótica é predominantemente causada por doença por lesão mínima, geralmente responsiva à corticoterapia. Nos casos córtico-resistentes, a biópsia renal é fundamental, sendo a GESF a principal etiologia, associada a pior prognóstico, maior taxa de recaídas e risco aumentado de progressão para doença renal crônica. A ocorrência antes dos dois anos é incomum e sugere necessidade de investigação ampliada para causas secundárias e genéticas. Neste caso, toxoplasmose e hipotireoidismo possivelmente contribuíram para agravamento do quadro, não havendo associação bem estabelecida com herpesvírus nessa faixa etária. O uso de inibidores de calcineurina, como a ciclosporina, é a terapia de escolha, podendo induzir remissão parcial ou completa. Conclusão: A GESF em menores de dois anos é rara e deve ser prontamente investigada em casos de síndrome nefrótica refratária à corticoterapia. Infecções concomitantes e disfunções endócrinas podem agravar o quadro clínico e dificultar o diagnóstico. A realização precoce de biópsia renal, a instituição adequada de imunossupressão e o tratamento das comorbidades foram fundamentais para a estabilização clínica, reforçando a importância de investigação etiológica abrangente em crianças com síndrome nefrótica de início precoce.

Palavras-chave: SÍNDROME NEFRÓTICA. GLOMERULOESCLEROSE SEGMENTAR E FOCAL. PEDIATRIA.

GLOMERULONEFRITE MEMBRANOSA NA INFÂNCIA: REVISÃO SISTEMÁTICA

CLARA CHAGAS PACHECO (UCPEL), ALANA MACHADO DA CUNHA (UCPEL), LUIZA SALIM BULCAO (UCPEL), MARCOS VINICIOS RAZERA (UCPEL), MARIA RITA DINON (UCPEL), BIBIANA MARTINS VERÍSSIMO DE MELO (UCPEL), LUANA DE ANDRADE MENA COSTA (UCPEL)

Introdução: A nefropatia membranosa (NM) está inserida no espectro das doenças glomerulares. Representa 1-2% dos casos de síndrome nefrótica (SN) na população pediátrica. A sua fisiopatologia está relacionada com a deposição subepitelial de imunocomplexos e espessamento da parede capilar. A glomerulonefrite membranosa (GM) tem maior incidência de fatores secundários, como lúpus eritematoso sistêmico, neoplasias e fármacos. Os dados sobre a sua prevalência, permanecem incertos, uma vez que estudos com grandes populações pediátricas são raros. Tal fato dificulta a identificação e tratamento precoce desta afecção. Diante disso, torna-se relevante reunir e analisar as evidências disponíveis sobre a GM na infância por meio de uma revisão sistemática. Objetivos: O presente trabalho traz como o seu objetivo analisar características epidemiológicas, apresentações clínicas e desfechos da GM na população pediátrica. Metodologia: Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, realizada a partir da base de dados PubMed. A busca foi realizada a partir de descritores "Membranous Glomerulonephritis" e "Children" ou "Pediatric". Foram incluídos estudos originais publicados entre os anos de 2021 e 2026, que abordassem a GM na população pediátrica (0-18 anos). Foram excluídos estudos que não incluíssem pacientes pediátricos e relatos de casos isolados. Sendo assim, a seleção dos estudos foi realizada por meio da análise de títulos, resumos e artigos completos, conforme critérios previamente definidos. Resultados: Foram localizados 14 estudos elegíveis de acordo com os critérios estabelecidos. Os estudos analisados reuniram em média 300 pacientes pediátricos com diagnóstico confirmado por biópsia renal de GM, com predomínio do sexo masculino com idades entre 10 e 15 anos. A SN foi a principal forma de apresentação clínica, com a função renal, na maioria dos casos, preservada ao diagnóstico. Entre as doenças glomerulares analisadas, a GM demonstrou ser uma condição rara na população pediátrica, por representar 1 a 2% dos casos de SN. Observou-se também predominância de remissão parcial ou completa da proteinúria após tratamento, embora alguns pacientes tenham apresentado proteinúria persistente ou progressão para doença renal crônica. Conclusão: A GM na faixa etária pediátrica é uma manifestação incomum, com predomínio em meninos entre 10 a 15 anos. Em virtude disso, o número de estudos disponíveis que abordam sinais e sintomas é limitado, o que compromete o entendimento da doença. Embora a maioria dos casos evoluam com função renal preservada, um grupo restrito pode ter como desfecho complicações significativas, como um cenário de insuficiência renal. Portanto, é imprescindível considerar essa etiologia como diagnóstico diferencial em pacientes pediátricos que apresentem síndrome nefrótica, ainda que raro. Diante do exposto, enfatiza-se a primordialidade de ampliar as evidências científicas acerca de rastreios, diagnóstico e terapêutica nessa população.

Palavras-chave: SÍNDROME NEFRÓTICA. GLOMERULONEFRITE MEMBRANOSA. PEDIATRIA

GLOMERULONEFRITE RAPIDAMENTE PROGRESSIVA POR CRIOGLOBULINEMIA EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO

LAÍS FELIX BATISTA (HC FMRP- USP), BARBHARA THAIS MACIEL PONTES (HC FMRP- USP), VICTORIA CAROLINE PAGELKOPF (HC FMRP- USP), INALDA FACINCANI (HC FMRP- USP), IVAN COELHO MACHADO (HC FMRP- USP)

Introdução: A glomerulonefrite (GN) crioglobulinêmica é uma doença multifatorial caracterizada pelo acometimento glomerular e vascular decorrente da deposição de crioglobulinas. Trata-se de condição rara na infância. O diagnóstico pode ser desafiador pela variabilidade clínica, complexidade dos testes sorológicos e semelhança histopatológica com outras glomerulopatias mediadas por imunocomplexos. Objetivos: Menina, 5 anos, previamente hígida, admitida em unidade de emergência por vômitos, aumento do volume abdominal e hematúria macroscópica há uma semana. Fez uso anterior de cefalexina e cefuroxima por diagnóstico de infecção do trato urinário em serviço externo. Negava febre, lesões cutâneas ou infecção de vias aéreas recentes. Ao exame físico apresentava edema generalizado e hipertensão arterial. Ultrassom de rins e vias urinárias: aumento difuso da ecogenicidade do parênquima renal. Urina tipo I com densidade 1,015, pH 5, proteína 3+, nitrito positivo e hematúria maciça. Sem anemia. Creatinina 2,04 mg/dL (TFGe 22 mL/min/1,73 m²), ureia 74 mg/dL, albumina 2,8 g/dL. Dismorfismo eritrocitário com 34% de acantócitos. Complemento e ASO normais. FAN, ANCA e sorologias não reagentes Complemento normal. Relação proteína/creatinina (RPC) urinária: 6,3 mg/mg. VHS: 101 mm/h. Durante a internação evoluiu com piora da função renal (creatinina 5,28 mg/dL, ureia 126 mg/dL), oligoanúria e sobrecarga volêmica, sendo iniciada diálise peritoneal após 12 dias. Diante de glomerulonefrite rapidamente progressiva, foi realizada pulsoterapia EV com metilprednisolona (500 mg/m²/dia por 3 dias), seguida de prednisolona VO 60 mg/m²/dia. A pesquisa de crioglobulinas no sangue foi positiva e a biópsia renal evidenciou glomerulonefrite por imunocomplexos (IgA, IgG e C3: 3+/3+), padrão membranoproliferativo com crescentes e pseudotrombos intracapilares PAS- positivos. Iniciou-se ciclofosfamida 500 mg/m² a cada 15 dias por 3 meses. Ficou 14 dias em diálise peritoneal. Ao término do tratamento apresentou melhora clínica e laboratorial: ureia 59 mg/dL, creatinina 0,73 mg/dL e RPC 0,36. Durante o tratamento, foi possível a suspensão dos anti-hipertensivos, mantendo apenas enalapril como antiproteinúrico. Metodologia: Resultados: A GN crioglobulinêmica é frequentemente associada a infecções crônicas, doenças autoimunes ou linfoproliferativas. Em crianças, muitos casos permanecem sem etiologia definida. A apresentação clínica pode variar desde hematúria e proteinúria até GN rapidamente progressiva (GNRP). Para o diagnóstico é fundamental a identificação de crioglobulinas associada ao padrão membranoproliferativo na biópsia renal. Em casos graves, o tratamento baseia-se em imunossupressão com corticosteroides e agentes citotóxicos. Conclusão: No diagnóstico diferencial de GNRP na infância, deve-se considerar a GN crioglobulinêmica mesmo na ausência de etiologia secundária identificável. O reconhecimento precoce e a instituição rápida de terapia imunossupressora podem favorecer a recuperação da função renal e melhorar o prognóstico.

Palavras-chave: GLOMERULONEFRITE. CRIOGLOBULINEMIA. GLOMERULONEFRITE RAPIDAMENTE PROGRESSIVA

GLOMERULOPATIA MEMBRANOSA EM IDADE PEDIÁTRICA: UM RELATO DE CASO

LUIZA SALIM BULCAO (UCPEL), YURI OLIZ (UCPEL), CLARA CHAGAS PACHECO (UCPEL), ALANA MACHADO DA CUNHA (UCPEL), MARIA EDUARDA CARDOSO PACHECO (UCPEL), MARIA ANTÔNIA WESTPHALEN (UCPEL), LARISSA HALLAL RIBAS (UCPEL)

Introdução: A síndrome nefrótica (SN) é um conjunto de manifestações clínicas decorrentes do aumento da permeabilidade da barreira de ultrafiltração glomerular. Caracteriza-se por proteinúria maciça, hipoalbuminemia, edema e hiperlipidemia. Podendo ser secundária a doenças sistêmicas, infecciosas ou ao uso de fármacos. Contudo, em crianças, 80 a 90% dos casos correspondem à síndrome nefrótica idiopática (SNI), sem causa definida. Mais recentemente, mutações genéticas tem sido identificadas como responsáveis por formas hereditárias ou monogênicas de SNI. A SNI pode acometer crianças de qualquer faixa etária, sendo mais comum entre os 2 e 7 anos, e mais frequente no sexo masculino. No estudo do International Study of Kidney Disease in Children (ISKDC), que avaliou 521 crianças com SN primária em 24 centros do mundo, em 7 anos, 77% apresentaram doença de lesões mínimas e apenas 2% GM. Objetivos: Paciente do sexo masculino, 4 anos e 9 meses, apresentou sintomas de edema progressivo em face, abdome e membros inferiores, associado a dispneia. Diante do exposto, foi internado na enfermaria pediátrica. Foram identificados sinais clínicos e laboratoriais compatíveis com síndrome nefrótica, como baixa função renal, elevação da relação proteína/creatinina urinária e radiografia de tórax que revelou sinais de congestão pulmonar. A terapêutica medicamentosa era composta de prednisolona (2 mg/kg/dia), furosemida intravenosa (1 mg/kg a cada 4 horas), além de dieta hipossódica e restrição hídrica, associadas ao uso de enalapril (0,08 mg/kg/dia, em dose única diária). Em razão da refratariedade ao tratamento com esteróides, indicou-se investigação através de biópsia renal, com diagnóstico de glomerulonefrite membranosa estágio II. Manteve-se conduta conservadora através da monitorização contínua do quadro clínico. O paciente apresentou melhora e estabilidade, recebendo alta hospitalar com manutenção da terapêutica instituída e seguimento ambulatorial. Metodologia: Resultados: A GM na população pediátrica é rara, com poucos estudos disponíveis. Sua apresentação clínica é semelhante à dos adultos, caracterizando-se principalmente por proteinúria, hipoalbuminemia e edema. Diferentemente das formas mais prevalentes, a GM pode apresentar resposta terapêutica variável. Nesse contexto, a biópsia renal é fundamental para confirmação diagnóstica, direcionamento terapêutico e acompanhamento a longo prazo. Considerando o risco de evolução desfavorável e cronificação da doença, torna-se indispensável a longitudinalidade para monitorização da função renal, controle da proteinúria e prevenção de complicações. Sendo a identificação precoce e a abordagem individualizada essenciais para melhores desfechos clínicos nessa população. Conclusão: O relato apresentado reforça a importância de uma investigação etiológica criteriosa e da realização de biópsia renal para confirmação diagnóstica, definição prognóstica e direcionamento terapêutico adequado.

Palavras-chave: SÍNDROME NEFRÓTICA. GLOMERULONEFRITE MEMBRANOSA. PEDIATRIA

HEMANGIOMA VESICAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE HEMATÚRIA NA CRIANÇA

ISABEL GOULART FONSECA (UNIFESP), ANA LAURA OLIVEIRA SILVEIRA (UNIFESP), CAROLINA DIAS AZEVEDO (UNIFESP), CRISTIANA UYEDA DO AMARAL (UNIFESP), HELOISA ROSSIGNOLI BIZARRO MENDES (UNIFESP), JESSICA BIDURIN PICOLO (UNIFESP), MAYARA MELLO DOS SANTOS (UNIFESP), GUSTAVO TAKEKAZU HATIZUKA TOKUTSUNE (UNIFESP), FLÁVIA VANESCA FELIX LEÃO NETTO (UNIFESP), MILA TORII CORRÊA LEITE (UNIFESP), MARIA CRISTINA DE ANDRADE (UNIFESP), MARIA APARECIDA DE PAULA CANÇADO (UNIFESP)

Introdução: Os hemangiomas de bexiga são uma causa rara de hematúria macroscópica em crianças e adolescentes. Embora sejam neoplasias benignas, podem manifestar-se com quadros clínicos potencialmente graves com hematúrias volumosas. Exames de imagem como ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética auxiliam no diagnóstico e na definição da localização e extensão do hemangioma, afastando outras causas de hematúria na criança. Objetivos: Menino de 4 anos de idade, sem outras comorbidades, que iniciou o quadro com hematúria macroscópica recorrente durante episódios de infecções de vias aéreas e evoluiu com presença de hemangiomas cutâneos na região genital, ânus e aumento importante da bolsa testicular. A ultrassonografia inicial evidenciou imagem compatível com coágulo na bexiga e a cistoscopia revelou lesão hemangiomatosa em parede posterior, com ectasias vasculares adjacentes. Exames laboratoriais e marcadores tumorais eram normais, exceto pela presença de hematúria. A tomografia computadorizada demonstrou tumor vascular na bexiga e coleção hemática intraperitoneal comunicante com bolsas testiculares, promovendo compressão local e resultando em varicocele e mamilos hemorroidários. Devido à natureza vascular da lesão, optou-se pela não realização de biópsia. Houve regressão espontânea das lesões com melhora da hematúria macroscópica, sem necessidade de tratamento específico. Metodologia: Resultados: Até o momento, não há um tratamento ´padrão-ouro´ para o hemangioma de bexiga e as opções de terapêutica são variadas para pacientes com evolução favorável. Conclusão: Apesar de raro, esse caso reforça a importância de considerar hemangioma vesical como diagnóstico diferencial na investigação de hematúria.

Palavras-chave: HEMANGIOMA. BLADDER TUMOR. PEDIATRIC RADIOLOGY. GENITOURINARY RADIOLOGY. HEMATURIA

HEMODIAFILTRAÇÃO ONLINE EM CRIANÇAS: EXPERIÊNCIA EM CENTRO ÚNICO

CRISTINA LUCIA HENRIQUES (HOSPITAL SAMARITANO HIGIENÓPOLIS), SIMONE VIEIRA (HOSPITAL SAMARITANO HIGIENÓPOLIS), MARIA FERNANDA CARVALHO DE CAMARGO (HOSPITAL SAMARITANO HIGIENÓPOLIS), POLLYANNA SANTOS PACHECO (HOSPITAL SAMARITANO HIGIENÓPOLIS), SHIRLEI KOMI (HOSPITAL SAMARITANO HIGIENÓPOLIS), PAULO CESAR KOCH NOGUEIRA (HOSPITAL SAMARITANO HIGIENÓPOLIS)

Introdução: Hemodiafiltração Online (HDF) é uma modalidade promissora de terapia de substituição renal. Estudos mostram que as crianças em HDF apresentam melhor perfil de risco cardiovascular, crescimento, estado nutricional e qualidade de vida, quando comparadas com aquelas em hemodiálise convencional (HD). Objetivos: Avaliar os benefícios da HDF em crianças, analisando aspectos clínicos, laboratoriais e qualidade de vida. Metodologia: Análise retrospectiva de pacientes submetidos à HDF em nosso serviço, no período de dezembro/2019 à março/2024. Os seguintes parametros foram avaliados: - crescimento (peso, altura e escore Z) - doença óssea (paratohormonio, fósforo, uso de sevelamer e medicações para controle do hiperparatiroidismo secundário) - anemia (hemoglobina, hematócrito, doses de eritropoetina e ferro intravenoso, transfusão sanguínea) -cardiovascular (hipertensão, uso de medicações anti-hipertensivas, alterações no ecocardiograma) - qualidade de vida Esses parâmetros foram avaliados em dois momentos: no início da HDF e no final do estudo (ou antes, se o paciente foi submetido à transplante renal ou ocorreu o óbito). Resultados: Foram avaliados 28 pacientes (23 do sexo masculino). Quanto à etiologia da doença renal crônica: 47% CAKUT, 28% outras etiologias, 11% causa indeterminada, 7% Glomerulopatias, 7% Doença Renal Policística Autossômica Recessiva. A mediana da idade no início da HDF foi 8.9 anos (1.4-17 anos), 82% dos pacientes tinham cateter, mediana do tempo em HDF foi 11 meses (2meses-3.5 anos), 57% pacientes eram anúricos. A média do Kt/V por sessão foi 1.66 e a média da dose convectiva foi 16.7L/m2 (modo pós diluição). Utilizando o teste de Wilcoxon para comparação de duas amostras pareadas, observamos melhora dos seguintes parâmetros: -Crescimento: altura final em relação à inicial, mas sem melhora no escore Z altura/ idade dos pacientes ($p<0.005$) - 22 pacientes que necessitavam de transfusão sanguínea antes do início da HDF, 15 não transfundiram novamente - Outros parâmetros avaliados, doença óssea, anemia, sistema cardiovascular: não houve diferença estatística significante - Na avaliação da qualidade de vida foi perguntado ao paciente e/ou acompanhante sobre a percepção de melhora: 85% relataram melhora da aceitação da dieta, 96% dos pacientes (pais) relataram "sensação de bem estar", menor tempo de recuperação pós diálise e maior disposição para atividades sociais. Conclusão: Neste estudo observamos melhora em vários parâmetros clínicos e laboratoriais, além de um impacto importante na qualidade de vida, embora tenha sido estatisticamente significante apenas a estatura final. Considerar que 18 (64.2%) pacientes já faziam HD diária antes da transição para HDF. Esta é uma amostra pequena em um centro único, mais estudos são necessários com um prazo maior de seguimento para avaliar os benefícios dessa terapia em crianças.

Palavras-chave: HEMODIAFILTRAÇÃO. CRIANÇAS

HEMODIÁLISE - NO TRATAMENTO DA INTOXICAÇÃO POR ÁCIDO CRÔMICO ("LIMPA PRATA")

CRISTIANE NAHAS LARA CAMARGOS (FHEMIG/ UNIMEDBH), RAISSA RITIELLE OLIVIA CRUZ (FHEMIG), ROBERTA GAZZI SALUM (FHEMIG/ UNIMEDBH), LARISSA NAMIE YUAMI (FHEMIG/ UNIMEDBH), RAQUEL LIRA TORRES (FHEMIG), HERALDO ROCHA VALLADÃO (FHEMIG), VERÔNICA FERREIRA CURY (FHEMIG), LARISSA NAHAS CAMARGOS COELHO (FUNCESI)

Introdução: O envenenamento por compostos de cromo (CR) é raro, e frequentemente grave. É um acidente cáustico levando a vômitos, diarreia e dor abdominal e a endoscopia digestiva observa-se lesões do esôfago e estômago. Evoluiu com acidose metabólica grave e persistente, falência renal e hepática. Os pacientes vítimas dessa intoxicação tem um prognóstico ruim. Não há na literatura muitos casos relatados de ingestão de ácido crômico. São contra indicados a lavagem gástrica ou o carvão ativado. São indicadas medidas de suporte e cuidados de terapia intensiva (UTI). Parece que a diálise peritoneal ou a hemodiálise são escolhas terapêuticas razoáveis no contexto de disfunção renal aguda ou crônica devido à intoxicação por CR. Objetivos: Tratamos na UTI 6 crianças do sexo masculino que ingeriram "limpa prata". Cabe relatar, que em todos os casos, a substância estava inadequadamente armazenada em garrafas plásticas usadas para venda de refrigerantes. Todas tiveram lesões cáusticas no esôfago e no estômago. Das 6 crianças, tratadas na UTI, 3 evoluíram para o óbito após apresentarem diarreia, vômitos, acidose metabólica (AM), insuficiência respiratória e disfunção renal. O choque circulatório foi grave e rápido e três dessas crianças não apresentavam condições clínicas de hemodiálise. Duas crianças tratadas com hemodiálise sobreviveram. Uma criança de 3 anos e 6 meses, apresentou lesão grau 3a focal no estômago, porém não apresentou acidose AM, evoluiu bem e sem outras complicações. Paciente 1 - Idade de 5 a 9 meses. Encontrado na cozinha com vômitos de coloração amarelada e sonolência. Foi referido ingestão de 200ml de substância para limpeza de prata, A admissão, aproximadamente 4 horas após ingestão, já apresentava AM. Persistiu com AM apesar da reposição de bico. Evoluiu com oligúria, anasarca e insuficiência hepática e renal. No quarto dia de evolução foi indicado HD (fiz 4 sessões). Alta com melhora da função renal. Paciente 2- Idade de 1 a 9 meses. História de ingestão de líquido, provavelmente cáustico, não identificado cerca de 8 horas antes da admissão. Evoluiu com vômitos, torpor, necessitando de oxigênio,e soroterapia. Manteve EM grave e persistente. Segui-se lesão hepática e renal. No dia 3 dia após intoxicação foi iniciada HD. diária (13 sessões). Recebeu alta em tratamento de hipertensão, creatinina 0,4 (clearance 72), com microalbuminúria positiva em uso de captopril. Metodologia: Resultados: Além da remoção do CR a diálise tem o benefício de controlar acidose metabólica. A AM parece ser um preditor de gravidade nos casos de paciente com intoxicação por CR. Conclusão: Considerando os poucos dados da literatura, a gravidade e a evolução ruim de metade dos pacientes, temos revisto a indicação de diálise nesses pacientes. A equipe propõe que nos pacientes com intoxicação por ácido crômico a hemodiálise precoce (mesmo antes dos exames mostrarem disfunção renal), possibilitando, além da remoção do cromo, o controle da acidose metabólica seria o mais adequado.

Palavras-chave: CISTINOSE NEFROPÁTICA (CN). TUBULOPATIA

HEMORRAGIA GRAVE NO PERIOPERATÓRIO DE TRANSPLANTE RENAL EM CRIANÇAS: FREQUÊNCIA, FATORES DE RISCO E CONSEQUÊNCIAS

MARTA LILIANE DE ALMEIDA MAIA (UNIFESP), HEITOR PONS LEITE (UNIFESP), LUCIANA DE SANTIS FELTRAN (HOSPITAL SAMARITANO DE SÃO PAULO), MARIA CRISTINA ANDRADE (UNIFESP), MARIA FERNANDA CARVALHO DE CAMARGO (HOSPITAL SAMARITANO DE SÃO PAULO), PAULO CESAR KOCH NOGUEIRA (UNIFESP)

Introdução: O transplante renal é o tratamento preferencial para crianças com doença renal crônica devido à baixa taxa de mortalidade associada. Contudo, complicações como o sangramento no transoperatório podem afetar negativamente a sobrevida do enxerto. Não há consenso sobre o diagnóstico de hemorragia grave no transplante renal pediátrico. Objetivos: Caracterizar hemorragia grave e determinar sua frequência, fatores de risco e consequências no período perioperatório do transplante renal pediátrico. Metodologia: Este foi um estudo retrospectivo de centro único, envolvendo crianças que receberam o primeiro transplante renal entre 2008 e 2015. Hemorragia grave foi definida utilizando-se análise de agrupamentos, discriminando casos com maiores volumes de sangramento e necessidade de uso de hemocomponentes no perioperatório. Foram consideradas também como tendo hemorragia grave as crianças que, por hemorragia ligada ao transplante, foram reoperadas, ou usaram fator VII ativado, ou fibrinogênio. Trinta e uma potenciais variáveis de exposição foram estudadas, incluindo dados clínicos, laboratoriais, características do doador e receptor, além de medicamentos utilizados. Na análise das consequências da hemorragia grave, foram consideradas a duração da internação no transplante e a sobrevida do enxerto e do paciente em cinco anos. Resultados: Hemorragia grave ocorreu em 16 casos (7,3%), principalmente no primeiro dia de pós-operatório. No modelo logístico, os receptores de rins de doador vivo, a idade, peso e estatura menores, assim como receptores de rins de doadores com maior idade, e crianças que receberam maior dose do enxerto, tiveram maior risco de hemorragia. Dentre os fatores laboratoriais, a contagem de plaquetas no primeiro pós-operatório foi associada com o desfecho. A probabilidade de sobrevida do enxerto em cinco anos em crianças com hemorragia grave foi menor em comparação àquelas que não tiveram hemorragia grave (62,5% e 91,5% respectivamente, $p < 0,001$). Conclusão: A frequência de hemorragia grave em crianças foi maior que a reportada na literatura. O tipo de doador e a combinação de receptores pequenos e doadores grandes foram os principais fatores de risco para hemorragia grave em transplante renal pediátrico, que, por sua vez, afeta a sobrevida do enxerto renal.

Palavras-chave: TRANSPLANTE RENAL. CRIANÇA. HEMORRAGIA GRAVE. INCIDÊNCIA. FATORES DE RISCO.

HIPERCALCEMIA GRAVE NA SÍNDROME DE WILLIAMS-BEUREN COM PROGRESSÃO PRECOCE PARA DOENÇA RENAL CRÔNICA DIALÍTICA: DESAFIOS NO MANEJO E NO PREPARO PARA TRANSPLANTE RENAL

PATRÍCIA ZAMBI MEIRELLES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES - HUCAM), KELLY CRISTINE MERSCHER BENINCA (HUCAM), FERNANDA MOTTA DEL CARO (HUCAM), RANIELY BULLERJHAN SCHMIDT (HOSPITAL INFANTIL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA), LEONARDO BITTENCOURT NOGUEIRA (HUCAM), FÁBIO AURIEMMA (VITÓRIA APART HOSPITAL), DAVI GUEDES CARDOSO BARCELLOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), ANITA VARGAS DE CASTRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), ELISA FAVALESSA DE FREITAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), ALEXANDRE NEVES MENDES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), WEVERTON MACHADO LUCHI (HUCAM)

Introdução: A Síndrome de Williams-Beuren (SWB) é uma condição genética rara causada por microdeleção na região cromossômica 7q11.23, com incidência aproximada de 1:20.000 nascidos vivos e ocorrência predominantemente esporádica. Clinicamente, caracteriza-se por cardiopatias congênitas, perfil neurocognitivo típico, dismorfismos faciais, hipercalcemia e alterações endócrino-renais. Objetivos: Paciente masculino, 4 anos, com SWB confirmada por teste genético. Aos 2 anos, evoluiu com nefrocalcinose bilateral, com progressão para doença renal crônica (DRC) estágio V, atualmente em diálise peritoneal (DP). Apresenta ainda hipotireoidismo congênito e estenose supravalvar aórtica leve. Evoluiu com quadro de hipercalcemia recorrente e grave, com valores de cálcio total entre 14-18,5 mg/dL, além de episódio sintomático prévio de 20 mg/dL em 2023, anterior ao início da diálise. A investigação laboratorial demonstrou paratormônio (PTH) suprimido (14,4 pg/mL), calcitriol reduzido (10 pg/mL), 25-hidroxivitamina D elevada (86 ng/mL), CTX elevado e relação cálcio/creatinina urinária aumentada (0,3), compatível com hipercalciúria. Após diagnóstico de hipercalcemia grave, foram adotadas condutas como intensificação da DP, aumento da hidratação, reintrodução de diurético de alça e reavaliação nutricional com redução do aporte de cálcio. Atualmente o paciente recebe dieta láctea exclusiva por gastrostomia e utiliza furosemida, amlodipina, levotiroxina e eritropoetina. Metodologia: Resultados: A fisiopatologia da hipercalcemia na SWB não é totalmente esclarecida, sendo descrita possível hipersensibilidade à vitamina D com aumento da absorção intestinal de cálcio. No presente caso, não há mediação por PTH nem aumento do calcitriol, sugerindo associação a alterações no metabolismo da vitamina D ou em sua depuração, bem como possível deficiência de calcitonina. A hipercalcemia precoce provavelmente contribuiu para o desenvolvimento de nefrocalcinose e rápida deterioração renal. A elevação significativa do CTX reforça a possibilidade de aumento da reabsorção óssea, embora sua elevação possa estar associada à DRC. Apesar da hipercalcemia encontrar-se assintomática, a correção desse distúrbio é imprescindível para viabilizar o transplante renal, haja vista o risco de ocorrência de nefrocalcinose no enxerto e consequente perda de função. O manejo é complexo, devido à contraindicação de bisfosfonatos em pacientes dialíticos e ao uso off label do denosumabe na população pediátrica, embora haja relatos de sucesso. Conclusão: O caso ilustra hipercalcemia precoce, grave e persistente associada à SWB, com rápida evolução para nefrocalcinose e DRC avançada. Embora o transplante renal represente a principal alternativa terapêutica definitiva, o preparo é desafiador devido ao difícil controle do metabolismo mineral e às múltiplas comorbidades associadas, exigindo acompanhamento multidisciplinar especializado.

Palavras-chave: SÍNDROME DE WILLIAMS-BEUREN. HIPERCALCEMIA GRAVE. NEFROCALCINOSE.

HIPEROXALÚRIA PRIMÁRIA: RELATO DE CASO EM LACTENTE

NATALIA BASSANI SCHUCH (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PASSO FUNDO), ANDRESSA GREGIANIN BECKMANN (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PASSO FUNDO), ROBERTA WEISHEIMER ROHDE (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE), VIVIAN DO AMARAL OLIVEIRA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE), RAPHAEL DE FREITAS BORGES (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE), DUFAYS DANITH VELÁSQUEZ LOPERENA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE), ALINE CAMPANI RODRIGUES (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE), MARINA DE ANDRADE BIEHL (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE), JESSICA DALBOSCO MULLER (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE), ALESSANDRA DORIGON (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE), BÁRBARA MIGLIORINI NUNES (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE), VANDREA CARLA DE SOUZA (HOSPITAL GERAL DE CAXIAS DO SUL), LUIZ CASSOL OLIVEIRA PEREIRA (ATITUS EDUCAÇÃO), LUAN SILVA FRANCESCHETTO (ATITUS EDUCAÇÃO), CLOTILDE DRUK GARCIA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE)

Introdução: A hiperoxalúria primária é uma doença metabólica rara e potencialmente fatal, com rápida progressão para doença renal dialítica. Sua apresentação no primeiro ano de vida está associada a formas mais graves e de difícil diagnóstico. Relatamos um caso de início precoce e evolução desfavorável. Objetivos: Menino, 6 meses de idade, branco, encaminhado do hospital de sua cidade por anúria e anemia. Sete dias antes da admissão na origem teve vômitos e diarreia, que cessaram espontaneamente, porém com sinais clínicos de desidratação, além de apresentar oligúria. Internado e transferido para UTI pediátrica de Passo Fundo com perda importante de função renal (creatinina 7,79mg/dL, taxa de filtração glomerular estimada por Schwartz 3mL/min – ureia 236mg/dL), além de anemia (Hb 6,0g/dL), hipercalemia grave (6,7mEq/L) e acidose metabólica (HCO3- 9,4mEq/L). Iniciado diálise peritoneal com melhora laboratorial, porém seguiu anúrico. Ecografia com hiper ecogenicidade de parênquima renal bilateral. História obstétrica e neonatal sem particularidades – nascido a termo, peso ao nascer 2935g. Aleitamento materno até 3 meses, iniciado fórmula com baixa aceitação, com déficit de crescimento pôndero-estatural (z-3 de peso e z-2/-3 de estatura). Dois meses antes, tratado para pneumonia, já apresentava anemia (Hb 9,9g/dL). Vacinas atualizadas. Testes de triagem neonatais e teste do pezinho normais. Irmã em acompanhamento por intolerância ao glúten, pai com litíase renal. Realizada biópsia renal com demonstração de extensos depósitos de cristais de oxalato intratubulares. Teste genético por swab oral com duas variantes patogênicas no gene AGXT (éxons 1 e 10). Aguarda medicação Lumasirana. A descrição do caso foi autorizada pelos pais por meio de termo de consentimento. Metodologia: Resultados: A hiperoxalúria primária é uma doença rara do metabolismo do glioxilato, causando produção excessiva do oxalato a nível hepático. O início é geralmente na infância, sendo raríssima a oxalose infantil (apresentação em menores de um ano). Quando não tratada precocemente, pode levar à DRC terminal (nefrocalcinose). A testagem genética confirma a doença, que pode ser dividida em tipo 1 (defeito do gene AGXT), tipo 2 (GRHPR) e tipo 3 (HOGA1). A deposição sistêmica de oxalato leva à disfunção cardíaca, doenças oculares, dor óssea, anemia resistente à eritropoetina, entre outros. O tratamento curativo é o transplante hepático, porém recentemente em utilização, a lumasirana, uma droga RNA-interferente, retarda a progressão da doença, impedindo a produção hepática de oxalato. A diálise de alta eficiência e a piroxidina auxiliam na remoção da molécula circulante, mas com limitações. Conclusão: O conhecimento da patologia, a suspeição clínica e o diagnóstico e o tratamento precoces podem impedir o desenvolvimento das formas graves e complicações orgânicas irreversíveis, com redução da sintomatologia e aumento da sobrevida. A análise genética apresenta-se cada vez mais necessária no diagnóstico de doenças da infância.

HIPERTENSÃO RENOVASCULAR NÃO IDENTIFICADA EM PACIENTE ATLETA DE ALTO RENDIMENTO. RELATO DE CASO

PEDRO NOGUCHI (HFB), SIMONE COLLOPY (HFB), NATHALIA RIBEIRO (HFB), JAQUELINE LEAL (HFB), MARIANNA IMPAGLIAZZO (HFB), FLAVIA TUZZATO (HFB), FERNANDA CARVALHO (HFB), AMANDA ROCHA (HFB), MARINA VIOLA (HFB), MARIA LAURA ALVES (HFB), LEONARDO CAMPO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTONIO PEDRO), FERNANDA VEIGA (HFB), RAFAELLA FARIA (HFB), EMANOELLA VIEIRA (HFB), ANNE LOUISE DE OLIVEIRA (HFB)

Introdução: A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é definida pela pressão arterial (PA) sistólica e/ou diastólica iguais ou superiores ao Percentil 95 para sexo, idade e percentil da altura em três ou mais ocasiões diferentes. É um problema de saúde pública mundial e um fator de risco para diversas comorbidades, sendo importante o diagnóstico precoce. Objetivos: T.S.L, 10 anos, sexo masculino, IMC entre percentil 10 e 85, sem dismorfismos, atleta de alto rendimento com queixa de cefaleia de alta intensidade associada a vômitos de início em agosto de 2024 sem fotofobia ou fonofobia. Com diversas idas a serviços de pronto-atendimento devido à cefaleia, inicialmente manejada com analgesia. Nega aferição de PA durante atendimentos de emergência ou em consultas de rotina. Após um mês de início do quadro, em atendimento em clínica de família, é aferida PA de 230x150mmHg, sendo o exame físico normal, é encaminhado para internação para investigação do quadro e controle pressórico. É admitido em unidade de terapia intensiva pediátrica (UTIP), onde são iniciados Captopril 1,4mg/kg/dia (posteriormente otimizado para 2,5mg/kg/dia) e Furosemida 0,6mg/kg/dose (suspensa após 2 dias). Como não houve controle satisfatório da PA após 2 dias, fez-se uso de nipride na dose de 2mcg/kg/h gradualmente suspenso após 6 dias e adicionados: hidralazina 25mg 6/6h, carvedilol 3,125mg 12/12h e anlodipino 10mg 12/12h alcançando alvo pressórico abaixo do percentil 95 para sua faixa etária. Sem distúrbios eletrolíticos, porém com função renal levemente alterada (ureia de 86mg/dl e creatinina de 0,9mg/dl). Feita Tomografia Computadorizada (TC) de abdômen com hipodensidade em terço superior de rim direito. TC crânio e tórax sem alterações. Doppler das artérias renais com estenose de artéria interlobar no terço médio do rim direito associada à área de hipoperfusão renal. Fundoscopia com retinopatia hipertensiva grau 3. Ecocardiograma revelou hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo e fração de ejeção de 75%. Angiotomografia de pescoço e crânio com diversas irregularidades parietais dos vasos intracranianos sugestivos de displasia fibromuscular. Provas inflamatórias e reumatológicas negativas, descartando arterite de takaysu. O paciente foi submetido à angioplastia, porém manteve uso de múltiplas drogas para controle da PA. Metodologia: Resultados: Diferentemente do que ocorre na população adulta, a HAS secundária é a mais prevalente na infância decorrente de etiologias como vasculites, endocrinopatias, malformações cardíacas e arteriopatias. Quando, independente da causa, há redução da perfusão renal por redução do fluxo sanguíneo renal, estamos diante de um quadro de HAS renovascular, cuja maior causa é a displasia fibromuscular. O tratamento vai desde somente medicamentoso a angioplastia ou revascularização cirúrgica. Conclusão: Este caso ilustra a falta de anamnese e exame físicos básicos para o diagnóstico de HAS na infância e adolescência e como o retardo no tratamento pode levar a lesão de órgãos-alvo, por vezes irreversíveis.

Palavras-chave: HIPERTENSÃO ARTERIAL. HIPERTENSÃO RENOVASCULAR. HIPERTENSÃO SECUNDÁRIA. HIPERTENSÃO RENOVASCULAR

HOSPITALIZAÇÃO NA INFÂNCIA: O PANORAMA DA UROLITÍASE PEDIÁTRICA NA AMAZÔNIA BRASILEIRA EM UMA DÉCADA

VITÓRIA GURTYEV GOMES DE QUEIROZ (UNICHRISTUS), BRENDA LETICIA AMARAL DE SOUZA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ), ISABELA CALANDRINI SERRUYA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ), FERNANDA TÁVORA DOS SANTOS (FACULDADE EVANGÉLICA MACKENZIE DO PARANÁ), BIANCA LOUREIRO MACIEL GOMES (UNIVERIDADE FEDERAL DO AMAPÁ), MARIA EDUARDA SEABRA VIANA TUNDELO (CENTRO UNIVERSITÁRIO INTEGRADO), LETICIA LANI TEIXEIRA DAS CHAGAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ), ÁDRIA JULIANA AUZIER DUARTE (UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ), LUIZA PINON NERY DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ), JOÃO NETO LOPES GOMES (CENTRO UNIVERSITÁRIO METROPOLITANO DA AMAZÔNIA), JOSELI DA SILVA CALANDRINI SIDÔNIO SERRUYA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ)

Introdução: A urolitíase na infância vem ganhando relevância epidemiológica, associada a fatores metabólicos, dietéticos e ambientais. Em regiões tropicais como a Amazônia brasileira, condições climáticas e desigualdades no acesso aos serviços de saúde podem influenciar sua ocorrência. Objetivos: Analisar o perfil epidemiológico das internações por urolitíase na população pediátrica da região Norte do Brasil, em comparação ao cenário nacional. Metodologia: Estudo ecológico, descritivo, de base populacional, com dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), obtidos via DATASUS/TabNet. Foram incluídas internações no Brasil e na região Norte, entre 2016 e 2025, em indivíduos de 0 a 19 anos, de ambos os sexos. Analisaram-se distribuição por sexo e por unidade federativa. Resultados: No Brasil, foram registradas 45.178 internações por urolitíase na população pediátrica no período analisado. A região Norte contribuiu com 3.448 casos, correspondendo a aproximadamente 7,6% do total nacional, configurando a menor participação entre as regiões brasileiras, enquanto o Sudeste concentrou o maior volume de internações. Na região Norte, observou-se predominância do sexo feminino (1.993, 57,8%) em relação ao masculino (1.455, 42,2%). A distribuição intrarregional foi heterogênea, com destaque para o Pará (1.550, 45,0%), seguido de Rondônia (674, 19,5%) e Amazonas (641, 18,6%). Tocantins registrou 304 internações (8,8%), enquanto Acre (157, 4,6%), Roraima (65, 1,9%) e Amapá (57, 1,7%) apresentaram menores frequências. Os três estados com maior número de casos concentraram cerca de 83% das internações da região. Conclusão: A urolitíase pediátrica na Amazônia brasileira apresenta menor participação no cenário nacional, porém com distribuição interna desigual e predomínio no sexo feminino. A concentração de casos em estados específicos e a menor representatividade regional podem refletir tanto diferenças demográficas quanto desigualdades no acesso aos serviços de saúde. Esses achados reforçam a necessidade de estratégias voltadas à prevenção, diagnóstico precoce e organização da rede de atenção à saúde renal pediátrica na região. brasileira: uma década de internações por síndromes nefríticas e glomerulopatias na população pediátrica

IMPACTO DO TRATAMENTO PREEMPTIVO VERSUS PROFILÁTICO NA PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS À INFECÇÃO PELO CITOMEGALOVÍRUS EM PACIENTES PEDIÁTRICOS SUBMETIDOS A TRANSPLANTE RENAL

DUFAYS DANITH VELASQUEZ LOPERENA (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), CLOTILDE DRUCK GARCIA (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), ALESSANDRA DORIGON (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), RAPHAEL DE FREITAS BORGES (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), ROBERTA WEISHEIMER ROHDE (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), VIVIAN DO AMARAL OLIVEIRA (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), ALINE CAMPANI RODRIGUES (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), MARINA ANDRADE BIEHL (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), JÉSSICA DALBOSCO MULLER (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), VANDREA CARLA DE SOUZA (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL)

Introdução: A infecção pelo citomegalovírus (CMV) é uma das principais complicações no transplante renal pediátrico, associada a rejeição aguda e perda do enxerto. Dada a escassez de evidências clínicas para pediatria, a escolha da estratégia preventiva ideal permanece um desafio clínico. Objetivos: Avaliar o impacto da profilaxia universal com valganciclovir versus a terapia preemptiva na prevenção das complicações da infecção pelo citomegalovírus em pacientes pediátricos submetidos a transplante renal. Metodologia: Estudo observacional, de coorte retrospectiva, em um centro único de referência em nefrologia pediátrica na cidade de porto alegre, rio grande dos sul, incluídos pacientes menores de 18 anos, submetidos a transplante renal no período de 2019 a 2024, os pacientes foram estratificados por risco conforme o status sorológico IgG-IgM CMV, no binômio doador (D), receptor (R): alto (D+R- e/ou uso de timoglobulina), moderado (D+R+ ou D-R+) e desconhecido (D desconhecido e R+). Foram comparadas as estratégias de profilaxia (uso de valganciclovir, dose única por dia, por 4 meses e monitoramento semanal com PCR para CMV) e terapia preemptiva (apenas monitoramento semanal/quinzenal por PCR para CMV. Os desfechos incluíram tempo até a infecção, a ocorrência de doença, a rejeição aguda, a neutropenia, a função renal e a carga viral máxima (log10). Resultados: A amostra total incluiu 181 pacientes, 68 pacientes de alto risco (66% sob terapia profilática), 100 pacientes de risco moderado (94% sob terapia preemptiva) e 13 pacientes de risco desconhecido (69% sob terapia profilaxia). A positividade para CMV pós-transplante ocorreu em 91% da população total e 96% no grupo de alto risco, a neutropenia também foi significativamente mais frequente no grupo de alto risco (21%, p=0,015). Não houve diferenças estatisticamente significativas quanto ao tempo para a primeira detecção do vírus, na incidência de rejeição aguda (9%: p=0,745) ou na função renal aos 12 meses, nenhum paciente apresentou doença por CMV. Conclusão: Ambas as estratégias demonstraram eficácia equivalente no controle da viremia e na prevenção de desfechos graves. A terapia preemptiva apresenta-se como alternativa segura e custo-efetiva, desde que haja vigilância laboratorial rigorosa para cenários com recursos limitados. Estudos multicêntricos são necessários para consolidar essas diretrizes na prática pediátrica.

Palavras-chave: CITOMEGALOVÍRUS. TRANSPLANTE DE RIM. PEDIATRIA. PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO.

INFECÇÃO DE CORRENTE SANGUÍNEA ASSOCIADA A CATETER EM HEMODIÁLISE PEDIÁTRICA: INCIDÊNCIA, PERFIL MICROBIOLÓGICO E DESFECHOS CLÍNICOS (2020–2025)

SIMONE VIEIRA (SAMARITANO HIGIENÓPOLIS), MARCELO MOREIRA DOS SANTOS (SAMARITANO HIGIENÓPOLIS), MARIA FERNANDA CARVALHO DE CAMARGO (SAMARITANO HIGIENÓPOLIS), CRISTINA LUCIA HENRIQUES (SAMARITANO HIGIENÓPOLIS), DAIANE PATRÍCIA CAIS (SAMARITANO HIGIENÓPOLIS), JULIANA MARA LIMA (SAMARITANO HIGIENÓPOLIS), ANGELA FIGUEIREDO SOLA (SAMARITANO HIGIENÓPOLIS), BRUNA MATHIAS C TAKAYAMA (SAMARITANO HIGIENÓPOLIS), THIAGO VITORIANO BARBOSA (SAMARITANO HIGIENÓPOLIS), PAULO CÉSAR KOCH NOGUEIRA (SAMARITANO HIGIENÓPOLIS)

Introdução: As infecções de corrente sanguínea associadas a cateter venoso central representam uma das principais complicações em pacientes pediátricos submetidos à hemodiálise. Esses eventos aumentam a morbidade, prolongam internações e frequentemente exigem a troca do dispositivo. Diante da relevância clínica e do impacto direto na segurança da terapia dialítica, compreender a incidência, o perfil microbiológico e os desfechos dessas infecções é fundamental para orientar estratégias preventivas e aprimorar protocolos assistenciais. Objetivos: Avaliar a incidência, caracterizar os agentes etiológicos e analisar os desfechos clínicos das infecções de corrente sanguínea associadas a cateter venoso central permanente em pacientes pediátricos submetidos à hemodiálise. Metodologia: Estudo observacional retrospectivo, série de casos, realizado em serviço de hemodiálise pediátrica entre 2020 e 2025. Foram incluídos pacientes em uso de cateter venoso central permanente (Permcath). As variáveis analisadas foram incidência, perfil microbiológico e aspectos relacionados ao dispositivo. As taxas de infecção foram calculadas por 1.000 cateter-dia e por 1.000 sessões de hemodiálise. Resultados: Foram registrados 30 episódios de infecção em 17 pacientes, com tempo médio de permanência do cateter de 224 dias. Os agentes predominantes foram bactérias Gram-positivas (63%), destacando-se Staphylococcus aureus e Staphylococcus epidermidis. Gram-negativos corresponderam a 36%, incluindo Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella pneumoniae, Enterobacter cloacae e Serratia sp., fungos foram identificados em 3% dos casos, com ocorrência de Candida parapsilosis. A taxa de infecção foi de 0,51 por 1.000 cateter-dia, 0,73 por 1.000 sessões. A troca do cateter ocorreu em 43,3% dos episódios e 50% exigiram internação. Todos os pacientes evoluíram favoravelmente, sem mortalidade. Conclusão: As infecções de corrente sanguínea associadas a cateter permanecem uma complicação relevante em pacientes pediátricos em hemodiálise, com predomínio de cocos Gram-positivos e repercussões importantes, como internações e necessidade de troca do dispositivo. Apesar da baixa incidência observada e da ausência de mortalidade, o impacto clínico é expressivo e compromete a segurança da terapia dialítica. A adoção de estratégias preventivas e protocolos assistenciais rigorosos é essencial para reduzir esses eventos, garantir a manutenção do acesso vascular e melhorar os resultados clínicos.

Palavras-chave: INFECÇÃO DE CORRENTE SANGUÍNEA. HEMODIÁLISE. CATETER VENOSO CENTRAL. PEDIATRIA

INFECÇÃO DE CORRENTE SANGUÍNEA ASSOCIADA AO CATETER DE HEMODIÁLISE EM PACIENTES PEDIÁTRICOS: ANÁLISE INTRA-HOSPITALAR

MARCELO MOREIRA SANTOS (SAMARITANO HIGIENÓPOLIS), MARIA FERNANDA CARVALHO DE CAMARGO (SAMARITANO HIGIENÓPOLIS), SIMONE VIEIRA (SAMARITANO HIGIENÓPOLIS), JULIANA MARA LIMA (SAMARITANO HIGIENÓPOLIS), DAIANE PATRÍCIA CAIS (SAMARITANO HIGIENÓPOLIS), ANGELA FIGUEIREDO SOLA (SAMARITANO HIGIENÓPOLIS), BRUNA MATHIAS C. TAKAYAMA (SAMARITANO HIGIENÓPOLIS), THIAGO VITORIANO BARBOSA (SAMARITANO HIGIENÓPOLIS), PAULO CÉSAR KOCH NOGUEIRA (SAMARITANO HIGIENÓPOLIS)

Introdução: A infecção da corrente sanguínea associada aos cateteres de hemodiálise (ICS-HD) é uma complicação frequente nos pacientes em hemodiálise ambulatorial, porém a literatura ainda descreve de forma limitada a epidemiologia dessa complicação em pacientes pediátricos no contexto intra-hospitalar. Objetivos: Descrever as taxas de ICS-HD em pacientes pediátricos acompanhados no ambiente intra-hospitalar no decorrer de 5 anos. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo realizado em um hospital privado com 312 leitos em São Paulo. A instituição possui 45 leitos dedicados aos pacientes pediátricos, sendo 10 de UTI Neonatal, 20 de UTI Pediátrica e 15 de unidade de internação. O hospital é referência para transplantes renal, hepático e de medula óssea. São realizadas, em média, 63 sessões de hemodiálise intermitente por mês, à beira-leito ou na unidade ambulatorial de diálise, além de aproximadamente 19,3 sessões de hemodiálise contínua mensais à beira-leito. O Controle de Infecção detectou os casos de ICS-HD por vigilância ativa, de acordo com os critérios do National Healthcare Safety Network (NHSN). Pacientes que apresentavam, no momento da infecção, outro cateter venoso central concomitante ao cateter de hemodiálise foram classificados como ICS-HD. O período analisado compreendeu os anos de 2020 a 2025. Resultados: Nos 5 anos de acompanhamento, ocorreram 04 casos de ICS-HD (2021, 2022, 2024 e 2025). A densidade de incidência de ICS-HD no período analisado foi de 0,44 por 1000 CVC-dia, em 2021 foi de 0,51 por 1000 CVC-dia, 0,74 por 1000 CVC-dia em 2022, em 2024 foi de 0,98 e 2025 de 0,90 por 1000 CVC-dia. Conclusão: Embora as infecções de corrente sanguínea associadas a cateteres venosos centrais devam ser consideradas eventos potencialmente evitáveis, os resultados encontrados neste estudo vêm de encontro com os resultados do NHSN (National Healthcare Safety Network 2020-2022), que apresenta resultado 1,09 por 1000 CVC-dia nos pacientes pediátricos com qualquer tipo cateter venoso central. A ocorrência de ICS-HD reforça a necessidade de vigilância ativa e monitoramento contínuo. A análise detalhada dos casos evidencia fatores associados principalmente à manipulação do acesso dialítico e ao tempo de permanência do cateter. O acompanhamento sistemático das ICS-HD possibilita monitorar resultados assistenciais e direcionar estratégias de prevenção específicas para esse perfil de paciente.

Palavras-chave: INFECÇÃO DE CORRENTE SANGUÍNEA. HEMODIÁLISE. CATETER VENOSO CENTRAL. PEDIATRIA

INFECÇÃO GRAVE POR DENGUE NO PERÍODO PÓS-TRANSPLANTE RENAL IMEDIATO EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO

THAIS LIRA CLETO-YAMANE (HOSPITAL ESTADUAL DA CRIANÇA), MARIANNA IMPAGLIAZZO (HOSPITAL ESTADUAL DA CRIANÇA), ANNE LOUISE OLIVEIRA (HOSPITAL ESTADUAL DA CRIANÇA), RICARDO RIBAS DE ALMEIDA LEITE (HOSPITAL ESTADUAL DA CRIANÇA), DANILO SOUZA LIMA DA COSTA CRUZ (HOSPITAL ESTADUAL DA CRIANÇA), FERNANDO BOUSFIELD PAULA RAMOS (HOSPITAL ESTADUAL DA CRIANÇA), JAQUELINE LEAL SANTOS GOUVEIA (HOSPITAL ESTADUAL DA CRIANÇA)

Introdução: A dengue é uma arbovirose causada por vírus do gênero Flavivirus, transmitida principalmente pelo mosquito Aedes aegypti, constituindo importante problema de saúde pública em regiões tropicais e subtropicais como o Brasil. A doença apresenta amplo espectro clínico, desde formas assintomáticas até quadros graves caracterizados por extravasamento plasmático, sangramentos e disfunção de múltiplos órgãos. Em pacientes imunocomprometidos, a infecção pode apresentar evolução distinta e maior risco de complicações, incluindo disfunção do enxerto. Existem poucos dados sobre dengue no período pós-transplante imediato, especialmente em pacientes pediátricos. Objetivos: Paciente do sexo feminino, 12 anos, portadora de doença renal crônica de etiologia indeterminada. Realizou transplante renal com doador vivo aparentado (pai) em 05/03/2024, sem intercorrências intraoperatórias. A imunossupressão incluiu indução com timoglobulina e metilprednisolona. Tacrolimus e micofenolato mofetil foram iniciados no dia anterior ao transplante e mantidos com prednisona. No primeiro dia pós-operatório, o doador apresentou febre, plaquetopenia e hematoma no sítio cirúrgico, com sorologia IgM positiva para dengue. No quarto dia após o transplante, a receptora apresentou febre, plaquetopenia e aumento do débito pelo dreno abdominal, além de queda do hematócrito e prolongamento do PTT. O micofenolato mofetil foi suspenso. Posteriormente evoluiu com anúria. Doppler do enxerto não mostrou alterações vasculares, porém tomografia evidenciou volumoso hematoma abdominal, sendo realizada drenagem cirúrgica. Em 15/03 iniciou hemodiálise. Em 17/03, PCR para dengue foi positiva (DENV-2). A paciente apresentou plaquetopenia grave, coagulopatia e sangramento persistente. Houve melhora clínica progressiva a partir de 22/03. Voltou a ter débito urinário em 30/03, com suspensão da hemodiálise em 31/03. Em abril, evoluiu com fístula urinária, tratada cirurgicamente. Recebeu alta hospitalar em 07/05/2024, com creatinina de 0,5 mg/dL e exames hematológicos normalizados. Metodologia: Resultados: Embora rara, a transmissão de Dengue via transplante renal deve ser considerada em áreas endêmicas, como no caso relatado, pois pacientes ou doadores podem estar no período de incubação no momento do transplante. A doença pode evoluir de forma mais grave devido à intensa imunossupressão no pós-transplante imediato. No caso relatado, a paciente apresentou manifestações hemorrágicas graves com disfunção do enxerto e necessidade de hemodiálise. Houve recuperação da função renal após 3 semanas de evolução. Conclusão: A dengue deve ser considerada no diagnóstico diferencial de febre e citopenias no período pós-transplante renal em regiões endêmicas. A infecção no pós-operatório imediato pode evoluir com complicações graves e disfunção do enxerto. O reconhecimento precoce e o manejo adequado da imunossupressão são fundamentais para melhorar o prognóstico. Relatos de casos pediátricos contribuem para ampliar o conhecimento sobre a doença nesse contexto.

Palavras-chave: TRANSPLANTE RENAL. IMUNOSSUPRESSÃO. DENGUE

INFECÇÃO POR CITOMEGALOVIRUS (CMV) NA SÍNDROME NEFRÓTICA IDIOPÁTICA (SNI) -DILEMAS NO DIAGNÓSTICO E NO TRATAMENTO

CASSIO RODRIGUES FERRARI (UNICAMP), ANNA CRISTINA LUTAIF (UNICAMP), BRUNA BARROS GARBIN (UNICAMP), PAULA RIBEIRO GONTIJO (UNICAMP), EDNALDO ANDRADE BOMFIM (UNICAMP), FERNANDA MONTEMOR RAIKOV (UNICAMP), SUMARA RIGATTO (UNICAMP), VERA SANTORO BELANGERO (UNICAMP), LILIANE CURY PRATES (UNICAMP)

Introdução: A relevância da infecção por CMV (I-CMV) na SNI é pouco conhecida. Objetivos: Determinar a prevalência da IgG e IgM positivas para CMV e a necessidade de tratamento para a I-CMV na SNI descompensada. Metodologia: Estudo descritivo retrospectivo. Em 167 pacientes acompanhados no ano de 2024, com diagnóstico de SNI, no..., 103 pacientes tinham IgG negativa (61,3%), 49 IgG positiva (29,3%) e 14 tinham IgG e IgM positivas (8,4%). Estes 14 casos eram considerados sugestivos de I-CMV indicado pesquisa viral em tempo real (PCR). Quando o valor do PCR-CMV era maior que o valor de detecção de cópias do método (88 cópias, log=1,94), o paciente era tratado com Ganciclovir. Se o resultado indicasse viremia detectada, com valor abaixo da contagem de cópias, repetia-se o PCR semanalmente. Os prontuários desses pacientes foram revistos para avaliação da evolução da SNI durante esta fase. Estatística não parametrica com p <0,05. Resultados: A idade dos pacientes foi de 66,0 IQ (147,50) meses, idade de início da SNI 36,0 IQ (29,00) meses, 04/14 na primo descompensação, 09/14 SNCS com recidivas frequentes ou cortico-dependentes e 1/14 SNCR e ciclosporina-sensível, todos DRC na classe 1. Dez pacientes já estavam em uso intermitente de Prednisona em dose de 0,5 a 2,0 mg/kg/d. Quatro com Inibidor de Calcineurina. 07/14 tiveram o primeiro PCR-CMV positivo, sendo 1/7 acima do limiar e 6/7 abaixo do limiar. Na repetição do exame, dois mantiveram o resultado, dois aumentaram os valores, um negativou o PCR. Para todos os casos de viremia detectada, foi diminuída a dose da corticoterapia para 1,0 mg/kg/dia. Comparando-se os pacientes com (n=7) e sem vírus detectado (n=7), observou-se que aqueles com detecção positiva tinham idade de início da SNI significativamente menor 19,50 (IQ20,25) vs (53,0 (IQ36,00) (p=0,01). No entanto o tempo de uso da prednisona (p=0,55), a dose da prednisona atual (p=0,35), o nível da IgG (p=0,10) não diferiram entre os grupos. Dos 03 pacientes com I-CMV, todos tiveram remissão rápida da SN e dois apresentaram hematúria (> 50 hem/cpo) que se resolveu completamente após o tratamento. No restante dos pacientes a remissão da proteinúria ocorreu de forma habitual para cada paciente, sendo mais prolongada em dois. Conclusão: A prevalência de IgG positiva foi menor e a da IgM foi o dobro da referida em estudo nacional anterior (Soares, Donatti e Souto, 2014). Dos pacientes com IgM positiva, metade tinham PCR-CMV detectado. Os pacientes tratados tiveram negativação do PCR em 14 dias e remissão rápida da SN. Os pacientes com PCR detectado mas abaixo do limiar tiveram evolução variada. A monitorização da infecção por CMV deve ser realizada de rotina na descompensação da SN. O tratamento da infecção por CMV é eficaz e está associado a resposta rápida da descompensação. A conduta para pacientes com presença de viremia detectada mas em níveis limítrofes deve ser avaliada longitudinalmente com repetição seriada do PCR. A casuística reduzida impede conclusões com evidências mais robustas.

Palavras-chave: CITOMEGALOVIRUS. SINDROME NEFRÓTICA. TERAPEUTICA

INFECÇÃO POR DENGUE NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO EM RECEPTORES DE TRANSPLANTE RENAL DE UM MESMO DOADOR FALECIDO: RELATO DE DOIS CASOS

AMANDA ROCHA FERNANDES DA SILVA (HFB), SIMONE COLLOPY (HFB), JAQUELINE LEAL (HFB), MARIANNA PEREIRA IMPAGLIAZZO (HFB), FLÁVIA TUZZATO (HFB), GIULIA CAMARA E SILVA GONTIJO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), EMANOELLA VIEIRA MARTINS (HFB), PEDRO NOGUCHI ARAGÃO QUINDERÉ (HFB), KASSIA NAYARA MARTINS DE OLIVEIRA (HFB), MARIA LAURA DE ALMEIDA ALVES (HFB), MARINA VIOLA DIAS (HFB), ANNE LOUISE DE OLIVEIRA (HFB)

Introdução: A dengue é a arbovirose endêmica responsável pela maior epidemia do Brasil em 2024. A infecção em receptores de transplante renal pode acarretar em disfunção precoce do enxerto, sendo um importante diagnóstico diferencial. Objetivos: Em 31/01/2024, foram realizados dois transplantes renais com órgãos de um mesmo doador falecido, citomegalovírus (CMV) IgG positivo e demais sorologias negativas. Os receptores foram: I.S.N., masculino, 17 anos, com doença renal crônica (DRC) secundária à válvula de uretra posterior, e A.K.J.C., feminino, 17 anos, com DRC por nefrite lúpica. Ambos apresentavam CMV IgG positivo e realizaram imunossupressão com basiliximabe, corticoterapia, micofenolato de sódio e tacrolimus, com manutenção semelhante no pós-transplante. A paciente A.K.J.C. apresentou no pós-operatório imediato sintomas gastrointestinais, mantendo a função renal preservada. No 7º dia pós-transplante, evoluiu com febre, elevação de ureia e creatinina (pico de 2,4 mg/dL), anemia e trombocitopenia (48.000/mm³). O paciente I.S.N. manteve-se estável até o 6º dia pós-transplante, quando iniciou febre, diarreia, anemia e trombocitopenia (88.000/mm³). Ambos apresentaram elevação de transaminases hepáticas e gama-GT. Após exclusão de síndrome hemolítico-urêmica (SHU), procedeu-se à investigação infecciosa, com detecção de antígeno NS1 positivo para dengue em ambos os casos. Realizou-se pesquisa de dengue por PCR em amostra sanguínea armazenada do doador, com resultado negativo. Os pacientes estavam internados em ambientes distintos, sem outros casos na enfermaria no período. Foi instituída hidratação venosa, com evolução clínica favorável e recuperação da função do enxerto, recebendo alta após 7 dias do diagnóstico. Metodologia: Resultados: A literatura sobre dengue pós-transplante é escassa, sendo constituída por relatos de casos ou pequenas séries. Dado o nível de imunossupressão instituído pré e pós-transplante, os pacientes podem ter apresentação grave da doença, devendo ser um diagnóstico diferencial junto à rejeição do enxerto ou SHU, sobretudo nos pacientes oriundos de regiões endêmicas. A ocorrência de infecção por dengue em dois receptores de rins provenientes do mesmo doador, no pós-operatório imediato, sugere a hipótese de transmissão pelo doador, apesar do PCR negativo, dado a possibilidade de degradação viral durante armazenamento ou baixa carga viral. A transmissão ambiental deve ser considerada, entretanto, o período de apresentação dos sintomas aliado à ausência de outros casos na enfermaria, torna esta hipótese mais remota. Conclusão: A ocorrência de dengue no pós-operatório imediato em receptores do mesmo doador sugere transmissão derivada do enxerto e evidencia lacunas nas estratégias de triagem em áreas endêmicas. Assim, reforçando sua importância como diagnóstico diferencial de febre e citopenias no pós-transplante precoce, bem como a necessidade de vigilância epidemiológica, protocolos específicos em períodos epidêmicos e alta suspeição clínica para diagnóstico precoce.

Palavras-chave: TRANSPLANTE RENAL. DENGUE. DOENÇAS ENDÊMICAS

INFECÇÃO URINÁRIA DE REPETIÇÃO E ENURESE COMO MANIFESTAÇÕES INICIAIS DE MEDULA ANCORADA COM EVOLUÇÃO PARA DOENÇA RENAL CRÔNICA

PAULA GARCEZ DA FONSECA (POLICLÍNICA UNIVERSITÁRIA PIQUET CARNEIRO - PPC/UERJ), HEITOR GUINANCIO DE SOUZA (POLICLÍNICA UNIVERSITÁRIA PIQUET CARNEIRO - PPC/UERJ), JAQUELINE LEAL SANTOS GOUVEIA (HFB), ELIANE MARIA GARCEZ OLIVEIRA DA FONSECA (POLICLÍNICA UNIVERSITÁRIA PIQUET CARNEIRO - PPC/UERJ)

Introdução: Os disrafismos espinhais ocultos podem cursar com síndrome da medula ancorada (SMA) levando a déficit neurológico progressivo e manifestações ortopédicas, urológicas e intestinais. A lesão renal secundária a bexiga neurogênica incrementa a morbimortalidade nesses pacientes. O diagnóstico precoce permite intervenção antes do desenvolvimento de lesões irreversíveis, porém pode ser desafiador quando os sinais iniciais são discretos. Objetivos: Adolescente do sexo feminino com início aos 10 anos de enurese secundária associada a infecções urinárias afebris de repetição, urgência miccional, sensação de esvaziamento vesical incompleto. Aos 11 anos foi internada por pielonefrite e na ocasião diagnosticada com insuficiência renal (estágio IV). Ao exame físico apresentava discreto desvio do sulco interglúteo, globo vesical palpável e dedos em garra, sem outras alterações neurológicas evidentes. A ultrassonografia de rins e vias urinárias demonstrou ureterohidronefrose bilateral e bexiga distendida com paredes espessadas e trabeculadas. A uretrocistografia miccional evidenciou refluxo vesicoureteral bilateral grau V. O estudo urodinâmico demonstrou hiperatividade detrusora associada a dissinergia vesicoesfincteriana. A ressonância magnética de coluna revelou medula espinhal ancorada associada a lipomielomeningocele. Foi estabelecido diagnóstico de síndrome da medula ancorada com bexiga neurogênica de alta pressão e doença renal crônica. Instituiu-se cateterismo vesical limpo intermitente e medicação anticolinérgica, com redução das infecções urinárias e melhora parcial da função renal. A paciente foi submetida ao tratamento neurocirúrgico sem complicações. Metodologia: Resultados: A SMA pode manifestar-se de forma tardia e progressiva, especialmente durante o estirão puberal. Alterações urinárias de início recente, infecções urinárias recorrentes e sinais como estigmas lombossacrais ou deformidades nos pés devem levantar suspeita diagnóstica. A disfunção do trato urinário inferior pode evoluir para refluxo vesicoureteral e perda de função renal quando não reconhecida precocemente. Conclusão: O caso ilustra a importância da investigação clínica cuidadosa e da atenção aos estigmas cutâneos e sintomas urinários na infância, pois o diagnóstico e tratamento precoces podem prevenir complicações urológicas e renais potencialmente irreversíveis.

Palavras-chave: ITU. DOENÇA RENAL CRÔNICA. BEXIGA NEUROGÊNICA. RVU

INJÚRIA RENAL AGUDA EM PEDIATRIA: IMPACTOS NA SAÚDE INFANTIL

LUCAS SOLANO ARAUJO DA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ), LAIS SOLANO ARAUJO DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARA)

Introdução: A Injúria Renal Aguda (IRA) é uma condição caracterizada pela rápida redução da função renal, levando ao acúmulo de metabólitos nitrogenados e alterações no equilíbrio hidroeletrolítico. Na população pediátrica, a IRA representa um importante problema de saúde, especialmente em pacientes hospitalizados e em unidades de terapia intensiva. Objetivo: Analisar os principais aspectos clínicos, diagnósticos e prognósticos da injúria renal aguda em pacientes pediátricos. Objetivos: Analisar os principais aspectos clínicos, diagnósticos e prognósticos da injúria renal aguda em pacientes pediátricos Metodologia: Trata-se de uma revisão de literatura, de caráter descritivo e qualitativo, realizada a partir da busca sistematizada de artigos científicos publicados entre os anos de 2020 e 2026. As bases de dados consultadas incluíram PubMed/MEDLINE, SciELO, Lilacs. Resultados: Os estudos analisados indicam que a IRA ocorre com frequência significativa em crianças hospitalizadas, especialmente em unidades de terapia intensiva, podendo atingir até cerca de 26% dos pacientes críticos (Bargielska et al., 2025). A condição está associada a fatores como sepse, uso de medicamentos nefrotóxicos e doenças sistêmicas, além do mais, a IRA está relacionada a aumento do tempo de internação, necessidade de suporte ventilatório e maior risco de mortalidade (Rivetti et al., 2024). Novos biomarcadores vêm sendo estudados com o objetivo de permitir diagnóstico precoce, uma vez que métodos tradicionais, como creatinina sérica, apresentam limitações (Bargielska et al., 2025). Ressalta-se que o diagnóstico precoce é fundamental para evitar progressão da lesão renal e reduzir complicações, visto que a IRA não deve ser considerada um evento isolado, pois está associada a desfechos a longo prazo, incluindo maior risco de desenvolvimento de doença renal crônica, hipertensão e novos episódios de lesão renal. Foi observado também que em crianças criticamente enfermas, a presença de IRA agrava significativamente o prognóstico, sendo um importante marcador de gravidade clínica (Shalaby et al., 2024). Assim, estratégias de prevenção, identificação precoce e manejo adequado são essenciais para melhorar os desfechos clínicos. Conclusão: A injúria renal aguda em pediatria constitui uma condição clínica relevante, com impacto significativo na morbimortalidade infantil. Apesar dos avanços no entendimento da doença, persistem desafios relacionados ao diagnóstico precoce e ao manejo adequado. Portanto, o fortalecimento das estratégias de monitoramento e o desenvolvimento de novos biomarcadores são fundamentais para melhorar o prognóstico e reduzir complicações a longo prazo.

Palavras-chave: IRA. PEDIATRIA. SAUDE

INJÚRIA RENAL EM NEONATOS PREMATUROS: ATUALIZAÇÕES DO PANORAMA CIENTÍFICO.

FERNANDA FERNANDES (HCTCO)

Introdução: A injúria renal aguda (IRA) é uma condição frequente em recém-nascidos prematuros internados em UTI neonatal, associada a maior morbidade e risco de doença renal crônica. A imaturidade renal e a ausência de critérios diagnósticos específicos dificultam sua identificação precoce. A interrupção da nefrogênese antes da 36ª semana resulta em redução da massa nefrônica, aumentando a vulnerabilidade a insultos como sepse, hipóxia, instabilidade hemodinâmica e uso de nefrotóxicos. Esses fatores contribuem para mecanismos de hiperfiltração e fibrose, com impacto a longo prazo. A etiologia multifatorial e a evolução clínica variável reforçam a necessidade de vigilância intensiva e abordagem individualizada. Nesse contexto, biomarcadores precoces surgem como ferramentas promissoras para detecção subclínica. Objetivos: Revisar a literatura sobre a injuria renal aguda em neonatos prematuros, destacando fatores de risco, diagnóstico e impacto prognóstico. Metodologia: A busca bibliográfica foi realizada na base de dados MEDLINE/PubMed, utilizando descritores DeCS/MeSH em inglês relacionados à insuficiência renal aguda e prematuridade, combinados pelo operador booleano AND. Inicialmente, foram identificados 43 estudos, dos quais 13 foram excluídos após aplicação do filtro temporal (2015–2025). Dos 30 artigos restantes, aplicaram-se critérios de elegibilidade voltados à investigação da prematuridade como fator de risco independente para IRA neonatal, com análise de títulos e resumos. Vinte estudos atenderam aos critérios iniciais, sendo 10 selecionados para leitura na íntegra e utilizados na fundamentação teórica. O processo seguiu as recomendações do fluxograma PRISMA. Resultados: A IRA em neonatos prematuros é frequente e multifatorial, sobretudo nos extremos de idade gestacional. A imaturidade renal, com nefrogênese incompleta, reduz a reserva nefrônica e compromete funções glomerulares e tubulares, favorecendo natriurese, baixa concentração urinária e maior suscetibilidade à lesão tubular. Fatores como hipóxia, instabilidade hemodinâmica, sepse e uso de nefrotóxicos agravam o quadro, além da RCIU, que intensifica a perda nefrônica e a fibrose progressiva. A fisiopatologia envolve mecanismos inflamatórios, hipóxicos e ativação do SRAA. O diagnóstico é limitado pela baixa acurácia da creatinina neonatal, incentivando o uso de biomarcadores precoces como NGAL e interleucinas. A IRA associa-se a maior morbimortalidade, tempo de internação e risco de DRC. Conclusão: A prematuridade eleva o risco de IRA e DRC, exigindo seguimento longitudinal, rastreio precoce e abordagem multiprofissional para reduzir complicações e preservar a função renal.

Palavras-chave: INSUFICIÊNCIA RENAL. NEONATAL. PREMATURIDADE.

INVESTIGAÇÃO CLÍNICA DO USO DE FINERENONA EM CRIANÇAS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA E PROTEINURIA: DESENHO DO ESTUDO FIONA E DO ESTUDO DE EXTENSÃO FIONA-OLE.

ANDREIA WATANABE (INSTITUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - FMUSP), GORDANA ATANACKOVIC (BAYER)

Introdução: A proteinuria é um fator de risco modificável que está associada a progressão doença renal crónica (DRC). Finerenona é um antagonista não esteroidal potente e seletivo do receptor mineralocorticoide, com comprovado benefício em reduzir a proteinuria e retardar a progressão da doença renal crónica (DRC) em pacientes adultos com nefropatía associada a diabetes tipo 2. A eficácia, seguranca e tolerabilidade deste fármaco ainda não foram estudados na população pediátrica com DRC e proteinúria. Objetivos: Demonstrar que o uso de finerenona em associação com inibidor de enzima conversora de angiotensina (iECA) ou bloqueador do receptor de angiotensina (BRA) é seguro, bem tolerado e efetivo em reduzir e sustentar a redução de proteinuria em crianças e adolescentes com DRC e proteinúria. Metodologia: FIONA é um estudo clínico de fase III, patrocinado pela Bayer AG, multicêntrico, randomizado 2:1, controlado por placebo e com duração de 6 meses, com objetivo de avaliar a eficácia, segurança, assim como a farmacocinética e a farmacodinâmica da finerenona adicionada ao iECA/BRA em crianças e adolescentes com DRC estágios 1–3 e proteinúria aumentada. Os principais critérios de inclusão são: idade entre 6 meses e <18 anos, DRC estágios 1–3, ou Cr <0,4 mg/dL em crianças menores que 1 ano de idade, Proteinuria/Creatinina em amostra isolada de urina (UP/C) de 0,5 g/g ou 1 g/g se paciente apresentar DRC estágio 1, ou estágio 2 e 3 respectivamente. Os pacientes devem estar com dose máxima tolerada de iECA ou BRA, e apresentar níveis de potássio adequados para idade. O desfecho primário é o percentual de mudança da UP/C do dia de início ao dia 180±7, e os desfechos secundários são: mudanças em albuminuria/creatinina em amostra de urina isolada (UA/C), taxa de filtração glomerular estimada (TGFe), creatinina e potássio séricos, pressão arterial sistólica (PAS), assim como avaliação de parâmetros farmacocinéticos, de eventos adversos, e da proporção de pacientes com 8805,30% de redução da UP/C. O estudo terá uma fase de extensão, o FIONA-OLE, onde pelo menos 100 participantes continuarão recebendo o medicamento em regime aberto e serão seguidos por 540 dias adicionais, contanto que entrem nos seguintes critérios: DRC estágio 1 a 3 ao final do FIONA, estejam com dose estável de iECA ou BRA e tenham o potássio dentro dos limites adequados para a idade. Serão avaliados eventos adversos, mudança do nivel sérico do potássio, na UP/C, UA/C, PAS e TFGe. Resultados: o estudo multicêntrico está em andamento em mais de 30 paises da Europa, Asia, Oceania, America do Norte e do Sul, incluindo 5 centros pediátricos brasileiros, com previsão de finalização em agosto de 2027, e a fase de extensão em fevereiro de 2029, portanto sem resultados disponíveis. Os resultados da pesquisa serão publicados, quer eles sejam favoráveis ou não. Conclusão: Este estudo fornecerá evidências sobre a eficácia e segurança da finerenona no manejo da DRC em sua progressão na população pediátrica.

LACTENTE COM NEFROLITÍASE MÚLTIPLA ASSOCIADA A HIPERVITAMINOSE D

MARCIA CARVALHO BESSA (UEFS-UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA), ISANE SOUZA SANTOS MOREIRA (HOSPITAL ESTADUAL DA CRIANÇA), KAROLE BRITO ALVES COSTA (HOSPITAL ESTADUAL DA CRIANÇA), THAIZA SOARES FERREIRA GONCALVES (HOSPITAL ESTADUAL DA CRIANÇA), BRUNA CARVALHO LEITE (HOSPITAL ESTADUAL DA CRIANÇA), CAMILA BASTOS MORAES (HOSPITAL ESTADUAL DA CRIANÇA), DYALLE COSTA E SILVA (HOSPITAL ESTADUAL DA CRIANÇA), RAILY JESUS OLIVEIRA (HOSPITAL ESTADUAL DA CRIANÇA), CHESNEY MOTA OLIVEIRA (HOSPITAL ESTADUAL DA CRIANÇA), FERNANDA PHROMANN VILLAS-BOAS (UEFS-UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA), DEBORA PINHEIRO ALVES FERREIRA (UEFS-UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA), ERMERSON RAMON ALVES BOBÔ (UEFS-UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA)

Introdução: A exposição solar sem proteção como forma de prevenção da deficiência de vitamina D não é mais recomendada pelo risco de fotoenvelhecimento e câncer de pele. Indivíduos sem fatores de risco de hipovitaminose D devem realizar a suplementação de vitamina D (colecalciferol) de acordo com a faixa etária: crianças menores de 1 ano 400 UI/dia e crianças e adolescentes entre 1 e 18 anos 600 UI/dia. Por se tratar de vitamina lipossolúvel sua administração em doses elevadas pode resultar em intoxicação que embora rara na infância, pode ocorrer por erros de formulação, fabricação, prescrição ou administração do suplemento vitamínico. A exposição solar excessiva converte a pre-vitamina D em metabólitos inativos e não está associada a hipervitaminose D. Objetivos: Lactente de 4 meses, masculino, foi admitido com hematúria macroscópica. A ultrassonografia evidenciou focos ecogênicos de calcificação no rim direito. A tomografia confirmou a presença de 5 imagens hiperdensas no sistema coletor do rim direito medindo cerca de 0,4 cm cada. A anamnese revelou o uso contínuo de vitamina D na dose de 2 gotas/dia. Entretanto, constatou-se que a formulação adquirida, por equívoco, continha 2.000 UI/gota, enquanto a prescrição indicava 200 UI/gota. Assim, a criança recebeu dose dez vezes superior à recomendada. Exames laboratoriais confirmaram hipervitaminose D, cujo nível sérico foi de 107. Valores acima de 100 estão relacionados a risco de toxicidade e suas consequências: hipercalcemia, hipercalciúria e supressão do paratormônio (PTH). O cálcio sérico foi de 12,8, o cálcio na urina de 24 horas foi de 16mg (2,6 mg/kg/dia), a relação cálcio/creatinina na amostra de urina foi de 0,5 (VR < 0,2) e o PTH de 11,30 (VR 18,5 a 88,0 pg/mL.). Apos a suspensão da suplementação, houve redução da calcemia até normalização Metodologia: Resultados: Anormalidades metabólicas estão presentes em até 85% das crianças com nefrolitíase sendo a hipercalciúria e a hipocitratúria as mais frequentes. Neste caso evidenciamos a presença de hipercalcemia e hipercalciúria relacionados a hipervitaminose D. O excesso de vitamina D aumenta a absorção intestinal de cálcio bem como a reabsorção óssea promovendo a elevação da calcemia e aumento da excreção urinaria favorecendo a formação da cálculos renais. Os baixos níveis de PTH afastam a possibilidade de hiperparatireoidismo. A intoxicação por vitamina D na infância com a formação de cálculos renais em lactentes tão jovens (4 meses) é um evento raro e grave. Conclusão: Existem atualmente no mercado inúmeras apresentações dos suplementos vitamínicos com concentrações diferentes e muito elevadas. Este relato alerta para os riscos associados ao uso inadvertido de suplementos vitamínicos em crianças, especialmente os lipossolúveis, e destaca a necessidade de rigor na prescrição, dispensação e orientação quanto ao uso. A Sociedade de Endocrinologia Pediátrica sugere dosar os níveis séricos de vitamina D em lactentes e crianças que recebem suplementação

Palavras-chave: HIPERVITAMINOSE D. NEFROLITIASE..HIPERCALCEMIA.SUPLEMENTACAO VITAMINA D. LACTENTE.

LONG-TERM EFFICACY, SAFETY, AND GROWTH OUTCOMES IN THE PHASE 3 ILLUMINATE-B TRIAL OF LUMASIRAN FOR PRIMARY HYPEROXALURIA TYPE 1 IN INFANTS AND YOUNG CHILDREN

LUCIMARY SYLVESTRE (HOSPITAL PEQUENO PRINCIPE), YAACOV FRISHBERG (SHAARE ZEDEK MEDICAL CENTER), WESLEY HAYES (GREAT ORMOND STREET HOSPITAL FOR CHILDREN NHS), EFRAT BEN-SHALOM (SHAARE ZEDEK MEDICAL CENTER), HADAS SHASHA-LAVSKY (GALILEE MEDICAL CENTER), DAVID J. SAS J. SAS (MAYO CLINIC), MINI MICHAEL (TEXAS CHILDREN´S HOSPITAL), ANNE-LAURE SELLIER-LECLERC (HÔPITAL FEMME MÈRE ENFANT), JULIEN HOGAN (ROBERT DEBRÉ HOSPITAL), WEIMING DU (ALNYLAM PHARMACEUTICALS), JOHN M. GANSNER (ALNYLAM PHARMACEUTICALS), CRISTIN KASPAR (ALNYLAM PHARMACEUTICALS), DANIELLA MAGEN (PEDIATRIC NEPHROLOGY INSTITUTE)

Introdução: Primary hyperoxaluria type 1 (PH1) is a genetic disease that causes oxalate overproduction, leading to urolithiasis, nephrocalcinosis, and systemic oxalosis. Lumasiran, approved for PH1, is the first RNAi therapeutic administered to infants and young children age <6 years. Lumasiran demonstrated sustained efficacy with a consistent safety profile over 30 months in infants and young children age <6 years with PH1 participating in ILLUMINATE-B (NCT03905694). Objetivos: We present final efficacy and safety results, along with height growth outcomes, through Month 60. Metodologia: This Phase 3, open-label, single-arm study enrolled patients with PH1 age <6 years, eGFR >45 mL/min/1.73m2 (age 8805,12 months) or normal serum creatinine (age <12 months), and urinary oxalate:creatinine ratio (UOx:Cr) greater than the upper limit of normal (ULN). Lumasiran was administered subcutaneously, based on weight. Results are summarized descriptively. Resultados: All patients (N=18) completed the 6-month primary analysis, entered the 54-month extension, and completed the study at Month 60. The mean spot UOx:Cr actual values were 0.63 mmol/mmol at baseline and 0.11 mmol/mmol at Month 60, a mean reduction from baseline of 74%. Overall, 100% of patients had a spot UOx:Cr 8804,ULN at 8805,1 post-baseline visit. Mean reduction in plasma oxalate (POx) at Month 60 was 25%. The mean (SEM) eGFR (mL/min/1.73m2) was 112.8 (6.9) at baseline and 109.8 (5.7) at Month 60. Annual rate of change (slope) in mean (SEM) eGFR was +0.26 (0.8) mL/min/1.73m²/year. In 14 patients with nephrocalcinosis at baseline, grade had improved at Month 60 in 12 (86%), and no patient worsened. The 4 patients without nephrocalcinosis at baseline remained nephrocalcinosis-free at Month 60. The overall rate of kidney stone events was 0.11/person-year (95% CI, 0.06-0.21) over 60 months in ILLUMINATE-B. The most common lumasiran-related adverse events were mild, transient injection site reactions (3 patients [17%]). Mean (SEM) change in height z-score from baseline to Month 60 was 8722,0.116 (0.116). By age group at baseline (ie, the start of the 60-month study), mean annual height growth rates over the entire study period were 7.6 cm/year for age <12 months, 7.0 cm/year for age 12 to <24 months, 5.8 cm/year for age 24 to <48 months, and 5.5 cm/year for age 8805,4 years. Conclusão: Infants and young children in ILLUMINATE-B experienced a rapid and sustained reduction in urinary oxalate excretion, and with long-term lumasiran treatment achieved a normal expected linear growth per year and stable eGFR over 60 months. Lumasiran demonstrated consistent long-term safety in pediatric patients. Medullary nephrocalcinosis grade improved in most patients and kidney stone event rates were low.

Palavras-chave: CHRONIC KIDNEY DISEASE

MACHINE LEARNING EM COORTE LOCAL DE 4.582 RECÉM-NASCIDOS: PREDIÇÃO DE INJÚRIA RENAL AGUDA PARA IMPLEMENTAÇÃO DE SISTEMA DE SUPORTE À DECISÃO CLÍNICA

IVAN COELHO MACHADO (FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), EDUARDO ANTÔNIO DE SOUZA ORLANDIN (RIBEIRÃO PRETO), DIEGO MARQUES MOROÇO (SÃO PAULO), DAVI MARRA SILVA (BRASIL), LUCAS EDUARDO VASQUES BERTOLI (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA USP), VICTORIA CAROLINE PAGELKOPF (RIBEIRÃO PRETO), JULIO CESAR NATHER JUNIOR (BRASIL), WALUSA ASSAD GONÇALVES FERRI (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA USP)

Introdução: A injúria renal aguda (IRA) neonatal é uma condição subdiagnosticada, associada a elevada morbimortalidade. O diagnóstico é desafiador devido à ausência na prática de biomarcadores precoces e à dependência de alterações tardias de creatinina e débito urinário. Nesse contexto, abordagens baseadas em inteligência artificial, especialmente machine learning, permitem a predição individualizada de risco, capturando relações complexas entre variáveis clínicas. Este projeto foi idealizado para desenvolver um sistema automatizado de vigilância e predição de IRA integrado ao prontuário eletrônico, com potencial para atuação preventiva por meio de um sistema de suporte à decisão clínica (CDSS). Objetivos: Descrever o desenvolvimento de um projeto institucional, incluindo a construção do modelo preditivo por ML, bem como o estágio atual de transição para validação multicêntrica e implementação como CDSS em ambiente hospitalar. Metodologia: Estudo de coorte retrospectiva em hospital universitário terciário, incluindo 4.582 recém-nascidos internados entre 2016 e 2023. A IRA foi definida pelo critério KDIGO adaptado. Foram extraídas 34 variáveis do prontuário eletrônico, submetidas a etapas de pré-processamento e modelagem. Diferentes algoritmos de machine learning foram avaliados, com divisão em treino (75%) e teste (15%), além de validação cruzada. A interpretabilidade foi explorada por meio de SHAP. Resultados: A incidência de IRA foi de 11,9%. Os modelos apresentaram desempenho variável conforme a complexidade, com AUC-ROC entre 0,78 e 0,90. Precision: 0.76, Recall: 0.68, F1: 0.72. A análise de interpretabilidade evidenciou que as variáveis mais relevantes apresentam plausibilidade clínica e são consistentes com determinantes clínicos clássicos descritos na literatura para IRA neonatal. O modelo demonstrou capacidade de estratificação de risco individualizada, permitindo a identificação precoce de pacientes com maior probabilidade de IRA. Atualmente, o projeto encontra-se na fase de refinamento, incluindo definição de thresholds clínicos e calibração entre sensibilidade e especificidade para geração de alertas, além de otimização para aplicação em tempo real no prontuário eletrônico. Conclusão: O projeto demonstra a viabilidade da integração entre dados clínicos, machine learning e sistemas assistenciais, avançando do paradigma associativo para a predição individualizada. Após etapas de extração, modelagem e validação inicial, evolui para validação temporal, validação externa e implementação como CDSS no prontuário eletrônico. Futuras etapas incluem transfer learning e expansão multicêntrica, com potencial impacto na detecção precoce e prevenção da IRA neonatal.

Palavras-chave: MACHINE LEARNING. INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL. IRA NEONATAL. INJÚRIA RENAL AGUDA.

MANEJO DIALÍTICO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA GRAVE EM PACIENTE DE BAIXO PESO EM HEMODIÁLISE CRÔNICA: MUDANÇA DE MÉTODO DIALÍTICO COMO PROPOSTA TERAPÊUTICA

SIMONE COLLOPY (HFB), NATHALIA RIBEIRO (HFB), JAQUELINE LEAL (HFB), FLAVIA TUZZATO (HFB), MARIANNA PEREIRA IMPAGLIAZZO (HFB), AMANDA ROCHA FERNANDES DA SILVA (HFB), PEDRO NOGUCHI ARAGÃO QUINDERÉ (HFB), EMANOELLA VIEIRA MARTINS (HFB), MARINA VIOLA DIAS (HFB), AMANDA SAMPAIO CARRIAS (HFB), FERNANDA HELENA PORTO (HFB), ANNE LOUISE DE OLIVEIRA (HFB)

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) no paciente com DRC pode ser resultado de uremia ou da síndrome cardiorrenal. O manejo vai desde medicamentoso, troca do método dialítico a transplante cardíaco. O tratamento da IC na criança em hemodiálise é mais complexo devido à pouca tolerância à variabilidade de volemia. Objetivos: MLAL, feminina, 1 ano e 5 meses, 9kg, admitida em UTIP com quadro de choque séptico de foco pulmonar em ventilação mecânica invasiva (VMI) complicada com insuficiência renal aguda (IRA) anúrica. Após 72h de evolução, indicada hemodiálise (HD) por hipervolemia e acidose metabólica refratária. Associada à IRA, apresentava anemia hemolítica com coombs direto negativo e plaquetopenia, sugerindo Síndrome Hemolítica Urêmica (SHU). Fez uso de drogas vasoativas por 72h, mantendo bom débito cardíaco, função biventricular preservada. Depois, passou a apresentar quadro de hipertensão arterial sistêmica (HAS), com uso de múltiplas drogas para controle da pressão arterial (PA). O rastreio infeccioso identificou somente Parainfluenza no painel viral respiratório. Devido à anúria por 6 semanas e à suspeita de SHU, foi submetida à biópsia renal que mostrou infarto cortical focal, nefrite crônica túbulo-intersticial com acentuada fibrose (60-70%) e sinais de microangiopatia trombótica (MAT) subaguda. O teste genético foi negativo para SHU atípica. Após 4 meses em HD intermitente a paciente tolerava cada vez menos ultrafiltração (UF), mesmo com aumento da frequência de 3 para 6 vezes por semana e ganho interdialítico mínimo. Paralelamente, seu perfil pressórico mudou para normotenso, com redução progressiva das doses dos anti-hipertensivos. Ela teve então o diagnóstico de insuficiência cardíaca (IC) grave e necessidade de uso de dobutamina durante a HD. Em função disso, foi indicado transplante duplo coração-rim. A biópsia de miocárdio descartou MAT. Dada à baixa tolerabilidade à HD em função da IC grave, optou-se por convertê-la para diálise peritoneal (DP). Houve melhora significativa da função cardíaca, do ganho ponderal e da qualidade de vida. A indicação de transplante cardíaco foi suspensa. Metodologia: Resultados: A importância desse relato é destacar a deterioração cardiovascular associada à intolerância à hemodiálise. Assim, a mudança de HD para diálise peritoneal mostrou-se determinante para a melhora da função cardíaca. Adicionalmente, a exclusão de SHUa por meio de teste genético é etapa essencial, pois implica em terapia específica que influencia no prognóstico. Conclusão: percebe-se que a modalidade de diálise pode comprometer a estabilidade cardiovascular principalmente em crianças de baixo peso e necessidade de ultrafiltração. A conversão da HD para DP proporcionou maior estabilidade hemodinâmica, melhora da função cardíaca, recuperação nutricional e melhor qualidade de vida, permitindo suspender a indicação de transplante cardíaco. O caso reforça que a individualização da modalidade dialítica deve ser sempre avaliada considerando seus efeitos hemodinâmicos.

MANIFESTAÇÕES RENAIS E EVOLUÇÃO CLÍNICA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM ESCLEROSE TUBEROSA

GUSTAVO TAKEKAZU HATIZUKA TOKUTSUNE (UNIFESP), ANA LUIZA YAMAMOTO NANBU (UNIFESP), CARLA CAROLINA SEIXAS ESTEVES (UNIFESP), FERNANDA GRUTILA LISA (UNIFESP), JOÃO VITOR LOPES LEME (UNIFESP), LOUISE HUBNER ALVIM (UNIFESP), VIRGÍNIA DELARMELINA VARGAS MAÇÃO (UNIFESP), FLÁVIA VANESCA FELIX LEÃO NETTO (UNIFESP), MARIA CRISTINA DE ANDRADE (UNIFESP), MARIA APARECIDA DE PAULA CANÇADO (UNIFESP)

Introdução: A esclerose tuberosa (ET) é uma doença genética autossômica dominante rara, causada por variantes patogênicas nos genes TSC1 e TSC2, que afeta múltiplos sistemas orgânicos, com ampla variabilidade na apresentação clínica 1. No rim, a doença pode manifestar- se com a presença de angiomiolipomas e cistos renais, hipertensão arterial e proteinúria, sendo estes fatores de risco para perda progressiva da função renal. Objetivos: Descrever a frequência de angiomiolipomas e cistos renais, e a presença de complicações renais como hipertensão, proteinúria e queda da taxa de filtração glomerular estimada (TFGe), além de comparar os dados clínicos, laboratoriais e de imagem no início do seguimento ambulatorial e na última consulta documentada em um serviço de referência em nefrologia pediátrica. Metodologia: Análise de dados clínicos, laboratoriais e de imagem no início do seguimento ambulatorial e na última consulta documentada. Resultados: Foram avaliados 12 pacientes, com idade média no início do acompanhamento de 9 ± 5 anos, sendo 9 (75%) do sexo masculino. O tempo médio de acompanhamento foi de 59 ± 43,2 meses. No início do seguimento, foi identificado angiolipoma em 4 (33,3%), cistos renais em 5 (41,6%) e ambos em 2 (16,6%). Todos os pacientes apresentavam TFGe normal e 1 paciente apresentava hipertensão. Ao final do seguimento, foi identificado angiolipoma em 5 (41,6%), cistos renais em 5 (41,6%) e ambos em 2 (16,6%). Foi identificado evolução para doença renal crônica estágio 2 em 1 caso, e hipertensão em 3 (25%). A média de crescimento do angiomiolipoma foi de 0,065 cm/ano, com tamanho médio de 2,75 ± 2 cm ao final do seguimento. Não houve hemorragia retroperitoneal. Quanto ao tratamento, 1 paciente foi submetido à exérese dos angiomiolipomas e 2 fizeram uso de inibidores da mTOR. Conclusão: O seguimento do acometimento renal do complexo da esclerose tuberosa através de exames de imagem seriados para avaliar o crescimento dos angiomiolipomas e/ou cistos renais, assim como identificar suas complicações, é essencial durante o acompanhamento ambulatorial. Na casuística apresentada, a taxa de crescimento dos angiomiolipomas e/ou cistos renais foi discreta, o que demonstra a necessidade de seguimento a longo prazo destes pacientes.

Palavras-chave: ESCLEROSE TUBEROSA. ANGIOMIOLIPOMA. CRIANÇAS. CISTOS RENAIS

MELHORA DA FUNÇÃO TUBULAR RENAL DECORRENTE DO TRANSPLANTE HEPÁTICO REALIZADO EM PACIENTE COM DIAGNÓSTICO TARDIO DE TIROSINEMIA HEREDITÁRIA TIPO 1

ANA JÚLIA BOZI TEODORO (UFMG), GABRIELA BATISTA LANÇA (UFMG), LUCAS HENRIQUE MORAIS PARREIRAS (UFMG), ANA CRISTINA SIMÕES E SILVA (UFMG)

Introdução: A tirosinemia hereditária tipo 1 (HT-1), doença autossômica recessiva, caracteriza-se por alterações hepáticas, renais e neurológicas. As manifestações clínicas iniciam-se antes dos 6 meses e o tratamento é com nitisinona (NTBC), com boa resposta principalmente quando o diagnóstico é precoce. Diagnósticos tardios determinam piora progressiva: insuficiência hepática, coagulopatias, alterações tubulares renais que produzem Síndrome de Fanconi (SF) secundária à HT-1, atraso no crescimento, hipertensão e maior risco de carcinoma hepatocelular. O transplante hepático pode ser necessário e a manutenção do NTBC após o transplante, para nefroproteção, ainda não é consenso na literatura. Objetivos: A.C.P.G., sexo feminino, 17 anos, iniciou acompanhamento aos 2 anos por geno valgo e alterações metafisárias. Posteriormente, foi diagnosticada com hipercalciúria e atraso do crescimento. Evoluiu com crises convulsivas e acidose tubular renal, iniciando reposição de K e bicarbonato de sódio. Aos 11 anos, teve novas crises convulsivas associadas à hipertensão arterial, parestesias, dispneia e dor abdominal. A investigação revelou coagulopatia, hepatopatia fibrosante, nefropatia parenquimatosa, dilatação das coronárias e redução da densidade mineral óssea. A avaliação renal mostrou aminoacidúria, proteinúria, glicosúria sem hiperglicemia, fosfatúria, hipouricemia e acidose metabólica - compatíveis com SF. Diante da suspeita de erro inato do metabolismo, iniciou-se dieta restrita de sacarose, frutose e sorbitol e realizou painel genético, que revelou homozigose no gene FAH, confirmando HT-1. Foram prescritos dieta restrita em proteínas e fenilalanina, reposição de eletrólitos, bicarbonato e anticonvulsivantes. Evoluiu com fibrose hepática, sendo submetida a transplante hepático aos 15 anos. No pós-operatório imediato, houve elevação de enzimas hepáticas, bilirrubinas, coagulopatia e injúria renal aguda, necessitando de diálise. Apresentou recuperação clínica, melhora da hipopotassemia e da acidose metabólica, com redução da suplementação e normalização da excreção urinária de cálcio e fósforo. Atualmente possui exames laboratoriais normais e melhora das alterações ósseas, metabólicas e do crescimento. Metodologia: Resultados: A paciente apresentou sintomas desde os 2 anos, sem intervenção adequada, acarretando em complicações como hepatopatia fibrosante crônica, crescimento inadequado e sintomas neurológicos. No entanto, apesar do diagnóstico tardio, o transplante hepático resultou em melhora significativa das alterações renais e hepáticas. Conclusão: Esse relato mostra que, apesar do diagnóstico tardio, o transplante hepático melhorou o prognóstico e as complicações da HT-1. Entretanto, caso houvesse detecção precoce da doença, diversas complicações clínicas poderiam ter sido evitadas.

Palavras-chave: SÍNDROME DE FANCONI. TIROSINEMIA TIPO 1. ACIDOSE TUBULAR PROXIMAL.

NA AMAZÔNIA BRASILEIRA: UMA DÉCADA DE INTERNAÇÕES POR SÍNDROMES NEFRÍTICAS E GLOMERULOPATIAS NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA

VITÓRIA GURTYEV GOMES DE QUEIROZ (UNICHRISTUS), BRENDA LETICIA DE SOUZA AMARAL (UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ), ISABELA CALANDRINI SERRUYA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ), BIANCA LOUREIRO MACIEL GOMES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ), FERNANDA TÁVORA DOS SANTOS (FACULDADE EVANGÉLICA MACKENZIE DO PARANÁ), MARIA EDUARDA VIANA SEABRA TUNDELO (CENTRO UNIVERSITÁRIO INTEGRADP)

Introdução: As síndromes nefríticas e outras glomerulopatias representam causas relevantes de morbidade na população pediátrica, podendo evoluir com complicações importantes e impacto no sistema de saúde. Na região amazônica, fatores socioeconômicos e de acesso aos serviços podem influenciar o perfil dessas internações. Objetivos: Analisar o perfil epidemiológico das internações por síndromes nefríticas agudas e rapidamente progressivas e outras doenças glomerulares em crianças e adolescentes na região Norte do Brasil, em comparação ao cenário nacional. Metodologia: Estudo ecológico, descritivo, com dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), obtidos via DATASUS/TabNet. Foram incluídas internações no Brasil e na região Norte, no período de 2016 a 2025, em indivíduos de 0 a 19 anos, de ambos os sexos. As variáveis analisadas incluíram número absoluto de internações por unidade federativa e sexo. Resultados: No Brasil, foram registradas 86.138 internações no período analisado, das quais 13.710 ocorreram na região Norte, correspondendo a aproximadamente 15,9% do total nacional. Observou-se predominância do sexo masculino (7.441, 54,3%) em relação ao feminino (6.269, 45,7%). Quanto à distribuição geográfica, o Pará concentrou o maior número de casos (5.302), seguido do Amazonas (3.549) e Rondônia (1.546). Tocantins apresentou 1.182 internações, enquanto Acre (990), Roraima (635) e Amapá (506) registraram menores frequências. Conclusão: A região Norte concentra parcela significativa das internações por doenças glomerulares pediátricas no Brasil, com distribuição desigual entre os estados e predomínio no sexo masculino. Esses achados podem refletir diferenças demográficas, epidemiológicas e de acesso aos serviços de saúde. Reforça-se a importância de estratégias voltadas à ampliação do diagnóstico precoce e à organização da rede de atenção à saúde renal pediátrica na Amazônia.

Palavras-chave: GLOMERULOPATIAS. SÍNDROME NEFRÍTICA. PEDIATRIA. HOSPITALIZAÇÃO. EPIDEMIOLOGIA

NEFRECTOMIA POR NEFROPATIA DE REFLUXO EM PACIENTE PEDIÁTRICO: UM RELATO DE CASO.

MARINA VALENTE GUERRA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA), RAFAELA SANTOS NERY (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA), MIRTES DE FÁTIMA VALENTE GUERRA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA)

Introdução: A infecção do trato urinário (ITU) é frequente na infância e pode estar associada a anomalias estruturais do trato urinário. Entre elas destaca-se o refluxo vesicoureteral (RVU), caracterizado pelo fluxo retrógrado de urina da bexiga para ureteres e rins. Essa condição aumenta o risco de infecções recorrentes, cicatrizes renais e perda progressiva da função renal. A investigação de crianças com ITU recorrente é fundamental para diagnóstico precoce e prevenção de complicações renais. Objetivos: Paciente de 3 anos e 2 meses com história de ITU recorrente desde os 16 meses, inicialmente com febre alta persistente e odor urinário. Após 11 meses apresentou novo episódio tratado com cefalexina por 10 dias, sem resposta clínica adequada, sendo posteriormente instituído sulfametoxazol-trimetoprim por 7 dias, com suspeita de reação alérgica. A ultrassonografia de rins e vias urinárias evidenciou ureterohidronefrose leve à direita e alterações parenquimatosas. A cistouretrografia miccional demonstrou refluxo vesicoureteral grau V à direita. Na cintilografia renal com DMSA observou-se rim esquerdo aumentado de forma vicariante com áreas de hipocaptação cortical sugestivas de cicatrizes. O rim direito apresentava dimensões reduzidas, parênquima afilado e comprometimento funcional importante, com cerca de 6% de captação relativa e 3% de captação absoluta. Diante da baixa função renal associada à recorrência de ITU febril, foi realizada nefrectomia direita com ureterectomia homolateral por videolaparoscopia. O paciente evoluiu bem no pós-operatório, recebendo alta hospitalar com sonda vesical e antibioticoterapia profilática. Metodologia: Resultados: O RVU de alto grau está associado a maior risco de cicatrizes renais e nefropatia por refluxo. Episódios infecciosos repetidos podem causar dano progressivo do parênquima renal. Exames como ultrassonografia, cistouretrografia miccional e cintilografia renal com DMSA são essenciais para avaliação anatômica e funcional. Em situações de rim com função muito reduzida associado a refluxo de alto grau e infecções recorrentes, o tratamento cirúrgico pode ser indicado. Conclusão: A investigação adequada de crianças com ITU recorrente permite diagnóstico precoce do RVU e definição da conduta terapêutica. Em casos de comprometimento funcional significativo, a nefrectomia pode ser necessária para prevenir novas infecções e preservar a função renal remanescente.

Palavras-chave: REFLUXO VESICOURETERAL. NEFROPATIA POR REFLUXO. INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO. NEFRECTOMIA.

NEFRITE LÚPICA DE EVOLUÇÃO RÁPIDA PARA FALÊNCIA RENAL EM CRIANÇA DE 8 ANOS: RELATO DE CASO DE APRESENTAÇÃO FULMINANTE E OS DESAFIOS CLÍNICOS/TERAPÊUTICOS.

ANDRESSA MARIA DE SOUSA CHAVES (HIAS), KATHIA LILIANE DA CUNHA RIBEIRO ZUNTINI (HIAS), ADRIANNA BARROS LEAL DANTAS (HIAS), CAMILA CAVALCANTE DE QUEIROZ (HIAS), RAFAEL AVELINO LUCAS (HIAS), JULIANA DUARTE ROSSI (HIAS), LIA CORDEIRO BASTOS AGUIAR (HIAS), DIEGO MESQUITA CASCIMIRO (BP)

Introdução: O Lúpus Eritematoso Sistêmico Juvenil apresenta maior gravidade quando comparado ao adulto, sendo a Glomerulonefrite (GN) Lúpica uma das principais causas de morbimortalidade. Formas de evolução rapidamente progressiva são raras e representam desafio terapêutico. A positividade de anticorpos antifosfolípedes está associada a maior risco de trombose, anemia hemolítica auto-imune (AHAI) e dano tecidual cumulativo. Objetivos: Paciente 8 anos, sexo feminino, previamente hígida, iniciou em 27/01/26, febre vespertina diária, evoluindo após uma semana com dor abdominal, hematúria macroscópica e oligúria. Inicialmente conduzida como infecção urinária, apresentou piora clínica, dor abdominal, vômitos, intensificação da febre e da hematúria. Na admissão hospitalar em 11/02/26, constatada hipertensão, anemia (Hb: 8,0 mg/dl), disfunção renal (Ur: 215 mg/dl, Cr: 13 mg/dl), acidose metabólica (HCO3: 11 BE: -14), hipercalemia (K: 7,7), sumário de urina com proteinúria (+) e hematúria (numerosas hemácias/campo), iniciada terapia de substituição renal (TRS) por hemodiálise em 12/02/26. A investigação etiológica revelou consumo de complemento (C3 e C4), síndrome nefrótica e positividade para fator antinuclear, anti-DNA, anticoagulante lúpico, anti-946,2 glicoproteína 1, anti-Ro e anti-La, além de anticorpos irregulares aderidos às hemácias no teste imuno-hematológico com IGG (3+) e C3d (2+). Confirmado quadro de GN Lúpica e AHAI. Iniciada pulsoterapia com metilprednisolona em 20/02/26, seguida de ciclofosfamida. Biópsia renal realizada em 09/03/26: microscopia óptica: 23 glomérulos em avançado grau de esclerose, com resquícios de celularidade e roturas múltiplas das membranas basais capsulares. Os túbulos com focos de atrofia, cilindros hialinos, circundados por fibrose intersticial leve. Artérias normais. Imunofluorescência: Full House. Microscopia eletrônica: glomérulos com arquitetura geral alterada, esclerose, hipercelularidade endocapilar e alças capilares periféricas espessadas, alargamento dos espaços subendotelias, aspecto em ´duplo contorno´, com presença de volumosos e confluentes depósitos eletrondensos. Podócitos com alterações degenerativas e retração difusa dos pedicelos. Apesar da instituição precoce de imunossupressão, a paciente evoluiu com doença renal terminal, mantendo necessidade de TRS. Metodologia: Resultados: O caso evidencia uma apresentação rara de nefrite lúpica com evolução acelerada, culminando em falência renal irreversível em apenas 41 dias. Diferentemente do achado mais frequente de GN difusa tipo IV com resposta terapêutica, a paciente evoluiu para GN difusa tipo VI em curto espaço de tempo de manifestações renais. A instituição de imunossupressão direcionada não influenciou na progressão do quadro. Conclusão: Este relato destaca a heterogeneidade da GN Lúpica e evidencia que, em alguns casos, a evolução pode ser fulminante e insidiosa, desafiando a janela terapêutica e resultando em desfechos desfavoráveis mesmo diante de diagnóstico e intervenção precoces.

Palavras-chave: NEFRITE LÚPICA. GLOMERULONEFRITE RAPIDAMENTE PROGRESSIVA. BIÓPSIA RENAL. ESCLEROSE GLOMERULAR

NEFRITE LÚPICA MEMBRANOSA COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO EM PACIENTE PEDIÁTRICO COM SOROLOGIA ATÍPICA: RELATO DE CASO

ANDREA LUCIA MACHADO BARCELOS (UFSM), JULIANE POLAKOWSKI (UFSM), GIOVANA BORGMANN (UFSM), ELOISA PIANO CERUTTI (UFSM), GABRIELA JORGE CAVA (UFSM), MARCELO SANTOS NEIS (UFSM), MATIAS BEVILACQUA MURARO (UFSM), RAUL PEREIRA BASSOTTO FRANCO (UFSM), CARLOS ANDRÉ SIQUEIRA BRITTO DA SILVA (UFSM), NATHÁLIA CRISTINA MACHADO (UFSM), JULIA PITON (UFSM), BRUNA BILIBIO (UFSM)

Introdução: O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença autoimune multissistêmica com acometimento renal heterogêneo, variando desde hematúria assintomática até síndromes nefrótica e nefrítica, glomerulonefrite rapidamente progressiva e doença renal crônica. A nefrite lúpica (NL) representa uma das manifestações mais graves e frequentes da doença, presente em até 60% dos pacientes ao longo da evolução clínica. Contudo, a ausência inicial de critérios clínicos ou sorológicos clássicos da doença pode dificultar a suspeição diagnóstica. Compreender a complexidade do envolvimento renal no LES é de grande relevância para o reconhecimento precoce de apresentações atípicas e intervenção adequada, considerando as complicações sistêmicas associadas à doença. Objetivos: Paciente masculino, 13 anos, previamente hígido, procura serviço de saúde por edema bilateral em membros inferiores, urina concentrada e espumúria. Exames laboratoriais iniciais com relação proteinúria/creatininúria (R P/C) de 7,72, hematúria macroscópica e dislipidemia. À investigação adicional em hospital terciário, hipertensão arterial sistêmica, hipoalbuminemia, consumo de complemento e fator antinuclear (FAN) negativo, com ausência de lesões cutâneas, de queixas articulares, de história de febre ou perda ponderal. Considerando a sobreposição de síndrome nefrótica com componentes nefríticos, decidida pela realização de biópsia renal, revelando achados sugestivos de NL classe V, com depósitos imunes globais com alterações mesangiais. Paciente evoluiu com tromboembolismo pulmonar, sendo iniciado enoxaparina, metilprednisolona em pulsoterapia, micofenolato e hidroxicloroquina. Três dias depois, anti-dsDNA reagente 1:40 confirmou a hipótese de LES. Ajustado corticoide para via oral e mantido imunomodulador e imunossupressor, além de anticoagulante e anti-hipertensivos. Evoluiu com melhora do quadro respiratório, redução de R P/C e diminuição do edema, possibilitando alta hospitalar e seguimento ambulatorial. Metodologia: Resultados: O caso é representativo de NL como manifestação inicial de LES em paciente pediátrico, com FAN negativo. Considerando os critérios diagnósticos de 2019 para LES, a EULAR/ACR determina como critério inicial a presença de FAN em títulos de 1:80 ou mais. Por outro lado, a proposta SLICC de 2012 define o diagnóstico também na presença de biópsia renal sugestiva de nefrite lúpica, com FAN ou anti-dsDNA elevado. Após instituição do tratamento da doença de base, houve melhora dos parâmetros clínicos e laboratoriais do comprometimento renal. Conclusão: Evidencia-se a relevância de considerar o diagnóstico de LES em pacientes pediátricos com apresentações atípicas de síndrome nefrótica e presença de sedimento urinário associado. A indicação criteriosa de biópsia renal, bem como a pesquisa de autoanticorpos nesses casos pode auxiliar o diagnóstico precoce e instituição da terapêutica adequada, com vistas a evitar complicações potencialmente graves.

Palavras-chave: NEFRITE LÚPICA. SÍNDROME NEFRÍTICA. SÍNDROME NEFRÓTICA. ADOLESCENTE. FAN NEGATIVO

NEFRONIA LOBAR AGUDA EM PEDIATRIA: RELATO DE CASO

DEBORAH SASHA BERNARDES NACACHE (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS), GABRIELA MONTEIRO ALVES DE CARVALHO (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS), MARIANNE QUINTAS RABELO MORAES (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS), MARINA FLEURY CUNHA CARVALHO (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS), ISABELLE SOARES SOAREZ (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS)

Introdução: A nefronia lobar aguda (NLA), também denominada nefrite lobar aguda, é uma infecção bacteriana focal do parênquima renal caracterizada por inflamação intersticial localizada e não liquefativa. Representa uma forma intermediária no espectro das infecções urinárias altas, situando-se entre a pielonefrite aguda e o abscesso intrarrenal. O quadro clínico pode incluir febre persistente, dor abdominal e dor em flanco, porém em crianças os sintomas podem ser inespecíficos, dificultando o diagnóstico. Os exames laboratoriais frequentemente evidenciam leucocitose e elevação de marcadores inflamatórios, enquanto os exames de imagem, especialmente a tomografia computadorizada, são fundamentais para o diagnóstico diferencial com abscesso renal e tumores renais. Objetivos: Paciente masculino, 6 anos, previamente hígido, iniciou quadro de dor abdominal irradiada para flanco direito associada à febre alta (40 °C). Após dois dias de sintomas, realizou ultrassonografia abdominal que evidenciou massa renal direita, levantando a hipótese inicial de abscesso renal. Foi encaminhado para avaliação hospitalar, apresentando leucocitose de 38.180/mm³ com desvio à esquerda e função renal preservada. A tomografia computadorizada de abdome com contraste demonstrou lesão renal direita medindo cerca de 4,3 × 4,5 × 4,0 cm, com áreas hipodensas e extensão para musculatura paravertebral. Foi iniciada antibioticoterapia empírica com piperacilina-tazobactam, com possibilidade de drenagem percutânea. O paciente apresentava antecedente de artrite séptica por Staphylococcus aureus resistente à meticilina meses antes, sendo investigadas hipóteses de disseminação hematogênica, tuberculose renal e imunodeficiência, sem confirmação diagnóstica. Nova ultrassonografia evidenciou lesão sólida compatível com nefronia lobar aguda. Diante da persistência de febre, foi associada teicoplanina ao esquema terapêutico. Após avaliação da nefrologia pediátrica, confirmou-se o diagnóstico de NLA. O paciente evoluiu com melhora clínica, permanecendo afebril após o ajuste terapêutico e apresentando regressão da lesão renal em exame de imagem de controle. Metodologia: Resultados: A NLA é uma condição incomum na pediatria e pode ser confundida com abscesso renal ou tumores renais. O diagnóstico precoce por meio de exames de imagem é essencial para evitar intervenções invasivas desnecessárias e instituir antibioticoterapia prolongada adequada. Conclusão: Este caso ressalta a importância da suspeita clínica e da correlação entre achados clínicos e radiológicos para o diagnóstico de nefronia lobar aguda em pediatria, permitindo tratamento conservador eficaz e evolução favorável.

Palavras-chave: NEFRONIA LOBAR AGUDA. INFECÇÃO URINÁRIA. PEDIATRIA. INFECÇÃO RENAL FOCAL

NEFROPATIA FULL-HOUSE EM PACIENTE SORONEGATIVA PARA LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: UM RELATO DE CASO

PEDRO NOGUCHI (HFB), SIMONE COLLOPY (HFB), NATHALIA RIBEIRO (HFB), JAQUELINE LEAL (HFB), AMANDA ROCHA (HFB), MARIANNA IMPAGLIAZZO (HFB), FLAVIA TUZZATO (HFB), FERNANDA CARVALHO (HFB), MARINA VIOLA (HFB), MARIA LAURA ALVES (HFB), RAFAELLA FARIA (HFB), EMANOELLA VIEIRA (HFB), ANNE LOUISE DE OLIVEIRA (HFB)

Introdução: A nefropatia de padrão full-house na biópsia renal é caracterizada pelo depósito de imunoglobulinas de todas as classes e complemento. É comumente vista no Lúpus eritematoso sistêmico (LES), entretanto tal padrão não se mostra exclusivo desta patologia. Objetivos: C.V.S.M, 15 anos, sexo feminino, queixa de edema em membros inferiores e cefaleia por um mês. Identificada emergência hipertensiva em atendimento em clínica de família, sendo internada para investigação e controle pressórico. Na admissão hospitalar apresentava também disfunção renal (creatinina de 3,56mg/dl e ureia de 108 mg/dl), proteinúria nefrótica (urina de 24h com proteinúria de 6,6g/24h) e micro-hematúria. Para investigação da glomerulonefrite com injúria renal aguda, foram pesquisados: infecções (hepatite B e C, HIV, sífilis, citomegalovírus, rubéola, toxoplasmose, varicela – todas negativas), marcadores reumatológicos (VHS 140mm/h, FAN, pANCA, cANCA, ANCA atípico, fator reumatoide, anti-RO, anti-LA, anti-SM, - todos negativos), complemento normal (C3 133mg/dL/ C4 48mg/dL), ASLO negativa, Coombs direto negativo, Haptoglobina 325mg/dL. Frente a um quadro de uma possível glomerulonefrite rapidamente progressiva, realizada pulsoterapia com metilprednisolona, sem melhora da função renal, sendo iniciada hemodiálise para controle metabólico. Após 68 dias de início do quadro, a paciente é transferida, ainda em hemodiálise intermitente, onde é submetida à biópsia renal. A microscopia óptica revelou glomerulonefrite proliferativa e crescêntica, com padrão full-house na imunofluorescência. A paciente manteve-se em hemodiálise crônica e evoluiu progressivamente com perda da função renal residual. Dado o padrão imunohistoquímico na biópsia renal, apesar de marcadores reumatológicos para LES negativos, a paciente foi inicialmente tratada com pulsos quinzenais de ciclofosfamida e prednisona de 60mg/dia. Em função da ausência de sintomas extrarrenais e a evolução para doença renal crônica (DRC) terminal, programada suspensão da imunossupressão em março de 2026. Metodologia: Resultados: Para o diagnóstico de LES juvenil é necessário o preenchimento de critérios clínicos e laboratoriais, sendo um deles o ANA positivo. Comumente associada ao LES, a nefropatia padrão full-house na biópsia pode também estar presente em pacientes com autoanticorpos negativos, sendo por vezes interpretada como uma nefrite lúpica soronegativa. Nessa perspectiva o manejo do quadro se dá também por imunossupressão. Estudos apontam que pacientes do sexo feminino e com hipocomplementenemia são indicadores de pior prognóstico e de soroconversão posterior. Conclusão: Apesar do risco de tratamento excessivo nos casos de nefropatia full-house sem outros critérios para LES, o pior prognóstico, de DRC terminal, justificaria um tratamento mais agressivo inicial. Entretanto durante o seguimento o tratamento deve ser revisto, como no caso descrito, vide a ausência de sinais e sintomas sistêmicos e de recuperação da função renal, o que tornaria a imunossupressão iatrogênica.

Palavras-chave: SÍNDROME NEFRÓTICA. NEFROPATIA FULL-HOUSE. LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO. NEFRITE LÚPICA

NO CAMINHO DO CUIDADO: O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

ROBERTA CUNHA CORRÊA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), PATRÍCIA ZAMBI MEIRELLES (HOSPITAL UNIVERSITARIO CASSIANO ANTONIO MORAES), FRANCIS SODRÉ (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO)

Introdução: A Doença Renal Crônica (DRC) na população pediátrica, embora menos prevalente que em adultos, configura-se como um agravo de saúde pública de elevada complexidade, com importantes repercussões clínicas, sociais e familiares. Caracteriza-se por seu curso progressivo, necessidade de acompanhamento contínuo e, em estágios avançados, dependência de terapia renal substitutiva. No contexto brasileiro, observa-se que o cuidado à DRC pediátrica é atravessado por desafios relacionados à organização da rede de atenção à saúde, incluindo dificuldades de acesso, fragmentação dos serviços e insuficiente coordenação do cuidado. Soma-se a isso o impacto direto das desigualdades sociais, que condicionam os percursos terapêuticos e a continuidade do tratamento. Nesse cenário, o estudo dos itinerários terapêuticos permite compreender, a partir das experiências das famílias, como se configuram os caminhos de busca por cuidado e os obstáculos enfrentados ao longo desse processo. Objetivos: Identificar e descrever os itinerários terapêuticos de crianças e adolescentes com DRC no estado do Espírito Santo, bem como as barreiras e dificuldades de acesso aos serviços de saúde ao longo desses percursos. Metodologia: Estudo qualitativo, de caráter exploratório, realizado em um hospital universitário localizado no estado do Espírito Santo. Foram entrevistados dez responsáveis por crianças e adolescentes com DRC em tratamento por diálise peritoneal automatizada. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas por meio da Análise de Conteúdo de Bardin, permitindo a construção de eixos analíticos fundamentados nos dados empíricos. Resultados: Os itinerários terapêuticos revelaram trajetórias marcadas por diagnóstico tardio, múltiplos acessos aos serviços e baixa resolutividade nos níveis iniciais de atenção, especialmente nas portas de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Observou-se a centralização do cuidado no serviço especializado, que assume papel de referência assistencial, coordenação e sustentação do tratamento. Fatores como condições socioeconômicas, território, acesso ao transporte e rede de apoio influenciaram diretamente os percursos, evidenciando desigualdades no acesso. Nos casos de usuários com plano de saúde, o diagnóstico ocorreu mais precocemente, contudo, o tratamento de maior complexidade foi absorvido pelo SUS. Evidenciaram-se, ainda, impactos significativos no cotidiano das famílias, com sobrecarga de cuidado concentrada nas mulheres e reorganização da vida laboral. Conclusão: Os achados evidenciam limites estruturais na organização da rede de atenção à saúde, com fragilidades na coordenação do cuidado e no acesso oportuno ao diagnóstico da DRC pediátrica. Ao mesmo tempo, destacam o papel central do SUS na garantia do cuidado integral, especialmente no nível especializado. O estudo contribui para a visibilização dessa população e aponta a necessidade de fortalecimento da Atenção Primária, ampliação da oferta de serviços especializados e maior integração entre os níveis de atenção.

Palavras-chave: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO. DOENÇA RENAL CRÔNICA. PEDIATRIA.

NÓS RELATAMOS QUATRO CASOS DE CISTINOSE NEFROPÁTICA (CN), DIAGNOSTICADOS NOS ÚLTIMOS 13 ANOS.

CRISTIANE NAHAS LARA CAMARGOS (FHEMIG/ UNIMEDBH), DEBORA DA CRUZ DA CRUZ CERQUEIRA (UNIMEDBH/ CMMG - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS), LARISSA NAHAS CAMARGOS COELHO (FACULDADE DE MEDICINA DE ITABIRA - FUNCESI)

Introdução: A CN (OMIM 219800) é uma doença rara, autossômica recessiva decorrente de mutações no gene CTNS que codifica a cistinosina. Doença provavelmente subdiagnosticada no nosso meio. Objetivos: Descrição: Paciente 1 - Masculino. Atualmente com 13 anos de idade. Com 2 anos 2 meses de idade foi atendido com história de vômitos, ganho insuficiente de peso e irritabilidade. Diagnóstico: acidose tubular renal - ATR (Fanconi). Creatinina (cr) 0,4 Iniciada reposição com bicarbonato (BIC),cálcio, fósforo, magnésio e potássio. Dieta por sonda Naso gástrica, depois gastrostomizado. Manteve vômitos e sem ganho de peso apesar do equilíbrio hídrico e bioquímico. Com idade de 2 ANOS E 10 MESES - 6 kg - diagnóstico de CN em avaliação oftalmológica. Iniciado tratamento com cisteamina que permitiu melhor controle clínico e ganho de peso. Paciente 2 - Masculino. Atualmente com 7 anos e 3 meses de vida. Com 7 meses de vida foi avaliado por baixo ganho de peso e exame com acidose metabólica, hematúria, proteinúria não Nefrótica e glicosúria. Teste da bochechinha: CN. Iniciado cisteamina de liberação lenta (Procysbi) com associação com soluções de fósforo, potássio e Bic, além de hormônio Gh com boa resposta clínica. Hoje encontra-se com peso no percentil entre -1 a 0, frequenta escola normal em controle com oftalmologista em uso de colírio com cisteamina. Paciente 3- Feminino. Atualmente com 7 a 5 meses. Com a idade de 1 anos e 2 meses foi atendida com história de vômitos, ganho insuficiente de peso e irritabilidade, febre. Diagnóstico: ATR (Fanconi) e insuficiência renal crônica - Cr 1,14 - Peso 7,09 kg Apesar do controle hídrico e dos íons ganho de peso inadequado. Com a idade de 1 ano e 10 meses - Teste da bochechina: CN, Iniciado tratamento com cisteamina. Paciente 4 - Masculino. Com 8 meses de idade não conseguia mais ficar sentada e sustentar o pescoço. Ao exame: genum varo, alargamento dos punhos. Exames: hipocalemia (k 2,6) e hipofosfatemina. Cr - 0,4 Peso 7,5 kg Estatura 66 cm Evoluiu com acidose metabólica. Notada avidez por água. Iniciada reposição de Bic, potássio e fósforo. Mantém vômitos. Não apresenta ganho de peso. Com 1 a 5 meses -Teste da Bochecinha CN. Prescrito cisteamina de liberação lenta, porém ainda não iniciou. Metodologia: Resultados: Observamos que, sem tratamento específico e apesar do controle hídrico e eletrolítico (com reposições) a criança portadora de CN mantém vômitos e não apresenta ganho de peso. O diagnóstico precoce, e início da terapia adequada é de vital importância para garantir um melhor controle clínico. O tratamento específico permite melhor crescimento e retardo do início da DRC terminal e da maioria das complicações extrarrenais Conclusão: Conclusão: O Teste da bochechinha tem se mostrado muito útil possibilitando diagnósticos mais precoces. O dificultador ainda é o custo do exame e a não disponibilidade na rede pública.

Palavras-chave: CISTINOSE NEFROPÁTICA (CN). TUBULOPATIA

O ÍNDICE DE SELETIVIDADE DA PROTEINÚRIA TEM VALOR PREDITIVO PARA INDICAR A EVOLUÇÃO PARA PROGRESSÃO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA NA SÍNDROME NEFRÓTICA IDIOPÁTICA?

VERA SANTORO BELANGERO (UNICAMP), BRUNA BARROS GARBIN (UNICAMP), CASSIO RODRIGUES FERRARI (UNICAMP), ANNA CRISTINA BRITTO LUTAIF (UNICAMP), LILIANE CURY PRATES (UNICAMP), LILIAN MONTEIRO PALMA (UNICAMP), ILKA PARKER (UNICAMP), FERNANDA MONTEMOR RAIKOV (UNICAMP), SUMARA RIGATTO (UNICAMP), MARINA CORDEIRO RODRIGUES (PUC- CAMPINAS), MARIA ALMERINDA RIBEIRO ALVES (UNICAMP)

Introdução: O Índice de seletividade da proteinúria (ISP), definido pela relação entre a fração de excreção da IgG em relação à fração de excreção da transferrina tem sido utilizado para predizer, em Síndrome Nefrótica Idiopática (SNI), a resposta inicial ao uso da corticoterapia, a relação com o tipo histológico e mais recentemente a resposta ao Rituximabe. Objetivos: Avaliar se o ISP tem valor preditivo para indicar risco de complicações e progressão da função renal a médio prazo, isto é, após seguimento clínico de pelo menos 5 anos em um único serviço. Metodologia: De uma coorte de conveniência de 139 paciente, foram incluídos pacientes de 1 a 18 anos, com diagnóstico de SNI com tempo de acompanhamento maior que 5 anos e que tivessem realizado a determinação do ISP. O ISP foi considerado em duas categorias: proteinúria seletiva se <= 0,10 e não seletiva se > 0,10. Foram estudadas associações das categorias do ISP a várias variáveis clínicas e laboratoriais. Intercorrência graves durante o acompanhamento incluíam as seguintes circunstâncias: infecção com necessidade de internação, eventos tromboembólicos, outras indicações de internação. Os valores de sensibilidades, especificidade e valor preditivo positivo e negativo foram avaliados em função de haver ou não Intercorrência graves durante o acompanhamento e em função de progressão do estágio da DRC. Estatística não-paramétrica, com valor de p<0,05. Resultados: Foram incluídos 76 pacientes, idade de início da SN com mediana de 43 meses, IQ42-25, 90,7% autodeclarados brancos, 52,6% do sexo feminino. Após 5 anos de acompanhamento 89,5% tinham Síndrome Nefrótica (SN) corticossensivel e 10,5% SN corticorresistente. Após este período, 88,1% estavam no estágio 1 da doença renal crônica (RFG >= 90 mL/min/1,73 m2) e 11,9% em estágios 2 a 5 da DRC. Tendo o ISP como referência pode-se observar que o perfil ´seletivo´ (N=60) foi associado à menor tempo para remissão inicial da SN (p =0,03), menor necessidade de indicação de bloqueador de enzima conversora ou bloqueador de receptor de angiotensina (p=0,00), menor frequência de hematúria (p=0,01), de hipertensão arterial (p=0,01) e de necessidade de 3ª medicação poupadora de corticoide (p= 0,00). A presença de ISP seletivo teve 55,6% de sensibilidade, 83,8% de especificidade, 31,2% de valor preditivo positivo e 93,3% de valor preditivo negativo tanto na referência de intercorrências graves durante o período de acompanhamento quanto para progressão da DRC. Conclusão: O ISP ´seletivo´ tem elevada confiabilidade (93%) para indicar manutenção da função renal. A presença de ISP ´não-seletivo´ foi associada a vários aspectos de maior gravidade da SNI, mas o índice é mau preditor de progressão da DRC devido ao valor preditivo positivo ser de apenas 31,2%. Desta forma, o ISP funciona fundamentalmente como um excelente marcador de bom prognóstico. Os resultados do ISP na literatura são escassos e com número reduzido de casos, valorizando os resultados aqui apresentados.

Palavras-chave: ÍNDICE DE SELETIVIDADE DA PROTEINÚRIA. SINDROME NEFRÓTICA. VALOR PREDITIVO

OBESITY AND CARDIOMETABOLIC RISK IN KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS: A SYSTEMATIC REVIEW

DAYANE SANTOS PESSOA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), JOSÉ ARAÚJO OLIVEIRA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO)

Introdução: Considering that the nutritional status of children and adolescents may undergo changes in the post-transplant period, associated with negative cardiometabolic outcomes, the importance of nutritional interventions as a basis for clinical care is understood. Objetivos: To assess the importance of nutritional monitoring on nutritional status and cardiometabolic risk factors in pediatric kidney transplant recipients. Metodologia: This systematic review (PROSPERO CRD420251185973) was conducted between July and August 2025 in the PubMed, EMBASE, Scopus, Web of Science, and Cochrane Library databases. Primary studies published between 2015 and 2025 on clinical outcomes after pediatric kidney transplantation in English, Portuguese, and Spanish were included. The risk of bias was assessed using the Joanna Briggs Institute tools. Resultados: Twenty-two articles (16 cohort and 6 cross-sectional) were included, totaling 58,785 participants (aged 0 to 21 years). Of these, 73% were classified as low risk of bias, while 9% and 18% were classified as moderate and high risk of bias, respectively. Rapid weight gain was observed between one and five years after the procedure. A high prevalence of systemic arterial hypertension (42-83%), dyslipidemia (44-76%), diabetes mellitus (17%), left ventricular hypertrophy (43-54%), and metabolic syndrome (19%) associated with obesity was identified. Nutritional monitoring proved to be relevant in containing excessive weight gain. The waist-to-height ratio showed greater sensitivity than body mass index in detecting cardiovascular risks (43.5% and 21.4%, respectively). Conclusão: Limitations include the absence of randomized clinical trials on the subject, poorly detailed confounding factors, and flaws in the description of loss to follow-up. Obesity and cardiometabolic risks are common outcomes in pediatric transplant patients. Regular, individualized nutritional monitoring helps prevent excess weight gain, promoting graft survival and quality of life.

Palavras-chave: KIDNEY TRANSPLANTATION. PEDIATRICS. NUTRITIONAL STATUS. OBESITY. CARDIOMETABOLIC RISK FACTORS.

PAPEL DA UROFLUXOMETRIA EM PREDIZER PROGNÓSTICO DO TRATAMENTO DA ENURESE NOTURNA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

LUIZA KOHMANN SALVONI (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)), JULIANA LENZI (UNIVERSIDADE DE JAGUARIÚNA), FERNANDA MONTEMOR RAIKOV DE ALMEIDA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)), VERA MARIA SANTORO BELANGERO (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)), PATRÍCIA TRABALLI DE CARVALHO PEGOLO (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)), MÁRCIO MIRANDA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP))

Introdução: A enurese noturna (EN) é definida pela International Children´s Continence Society (ICCS) como a perda urinária em crianças acima de 5 anos, com prevalência de até 15% aos 6 anos e expressivo impacto psicossocial. Pode ser classificada em primária ou secundária, e monossintomática (EM) ou não monossintomática (ENM), apresentando etiologia multifatorial. Embora a urofluxometria (UFM) seja um método não invasivo amplamente utilizado para a avaliação do padrão miccional, ainda não há consenso sobre seu valor prognóstico na predição da resposta a tratamentos instituídos. Diante dessa lacuna, torna-se fundamental avaliar se a UFM e variáveis como o resíduo pós-miccional (RPM) podem atuar como preditores de sucesso terapêutico. Objetivos: Avaliar o papel da UFM e de suas variáveis associadas na predição do prognóstico e da resposta terapêutica em crianças com EN, primária ou secundária, monossintomática ou não monossintomática. Metodologia: Foi conduzida uma revisão sistemática de estudos longitudinais retrospectivos que investigaram a associação entre parâmetros da UFM, predição de prognóstico e resposta terapêutica em crianças com EN, conforme os critérios da ICCS. A estratégia de busca foi realizada nas principais bases de dados eletrônicas, resultando na inclusão de 5 estudos elegíveis após aplicação dos critérios de seleção. Foram considerados estudos envolvendo crianças com diagnóstico de EM e ENM. Os desfechos analisados incluíram resposta terapêutica e prognóstico clínico. As variáveis de interesse compreenderam parâmetros não invasivos recomendados pela ICCS, incluindo: padrões de curva de fluxo urinário obtidos por UFM, resíduo pós-miccional, capacidade vesical funcional (CVF) e escore de sintomas urinários (DVSS). Resultados: Os dados compilados abrangeram um total de 386 crianças com diagnóstico de EN, classificadas conforme os critérios da ICCS em EM e ENM. A análise demonstrou que a avaliação isolada dos padrões de curva da UFM não apresenta acurácia preditiva suficiente para estimar a resposta terapêutica. Entre as variáveis analisadas, a presença de RPM elevado destacou-se como marcador de disfunção miccional associada e de pior prognóstico, estando relacionada a menores taxas de resposta completa à desmopressina. A poliúria noturna foi identificada como preditor positivo de resposta à desmopressina. Em relação à CVF, não foi observada associação consistente com o sucesso terapêutico. Por fim, a integração da UFM com diário miccional, avaliação do RPM e caracterização da poliúria noturna mostrou-se superior à análise isolada, podendo elevar as taxas de resolução clínica para até 90%. Conclusão: A UFM isolada possui valor limitado como preditor de prognóstico na EN. Contudo, sua associação com a medida do RPM e a avaliação da poliúria noturna oferece ferramentas valiosas para a prática clínica. O RPM elevado destaca-se como o principal indicador de má resposta ao tratamento convencional.

PERFIL CLÍNICO, METABÓLICO E NUTRICIONAL DE PACIENTES PEDIÁTRICOS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC)

PAULA RIBEIRO GONTIJO (UNICAMP), BRUNA BARROS GARBIM (UNICAMP), LUIZA KOHMANN SALVONI (UNICAMP), ANNA CRISTINA GERVASIO DE BRITTO LUTAIF (UNICAMP), VERA MARIA SANTORO BELANGERO (UNICAMP)

Introdução: A DRC na infância impõe desafios ao desenvolvimento somático e à homeostase metabólica. O déficit de crescimento estatural e o distúrbio mineral ósseo são complicações frequentes que impactam o prognóstico. Objetivos: Este estudo objetiva analisar o perfil de uma coorte pediátrica, avaliando a eficácia do controle metabólico e os fatores determinantes para a evolução da estatura. Metodologia: Trata-se de uma análise retrospectiva de dados de 56 pacientes pediátricos com DRC classe 3, 4 e 5, não dialíticos, no período de 1 ano. As variáveis analisadas incluíram dados demográficos, etiologia da DRC, função renal estimada pela fórmula de Schwartz e marcadores de controle metabólico -bicarbonato (HCO3), hemoglobina (Hb), fósforo (Pi), cálcio (Ca) e paratormônio (PTH) - mensurados pela proporção de tempo em que o paciente permaneceu no alvo terapêutico (0,0 a 1,0). Foram utilizados testes de correlação de Pearson, testes não paramétricos de Friedman e Kruskal-Wallis para comparação entre grupos (Etiologia e Estágios da DRC) e Mann-Whitney U para comparações pareadas. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$. Resultados: A média de idade foi de 9,5 anos (DP±4,79), com predomínio do sexo masculino (62,5%) e a principal etiologia foi CAKUT (60,7%). A maioria dos pacientes encontrava-se em estágios avançados (DRC 4: 37,5%, DRC 3b: 32,1%) e observou-se uma heterogeneidade significativa no controle dos marcadores metabólicos (p=0,0009). Ca e Pi estiveram controlados por mais de 75% do tempo em 76,8% e 67,9% dos pacientes, respectivamente, enquanto isso aconteceu em apenas 48,2% e 42,9% para os valores respectivos de PTH e HCO3. Ao comparar DRC 3 e 4, o controle da Hb apresentou queda estatisticamente significativa (p=0,018). O Z-score de estatura médio foi de -1,75 (DP±1,40) e foi encontrada correlação positiva entre função renal e estatura (r=0,39, p=0,002). Ao dividir os pacientes entre os que ganharam/mantiveram estatura (Delta Z8805,0) e os que perderam (Delta Z<0), o peso de nascimento foi determinante (r = -0,41, p = 0,013), sugerindo fenômeno de recuperação (catch-up) em nascidos com baixo peso. Além disso, o grupo com melhor evolução estatural apresentou maior adesão ao alvo de HCO3 (70% vs 57%) e era composto por pacientes mais jovens (média 8,4 anos). Conclusão: Os resultados reiteram que o metabolismo mineral é mais facilmente manejado do que o controle da acidose e do hiperparatireoidismo. A forte correlação entre função renal e estatura, mas a ausência de correlação com a variação anual sugere que o déficit de crescimento é um insulto cumulativo. No entanto, o melhor controle do HCO3 e o acompanhamento precoce surgem como janelas de oportunidade para minimizar a perda de canal de crescimento. O monitoramento do PTH se apresenta como o principal desafio terapêutico nesta coorte, especialmente nos estágios mais avançados da doença.

Palavras-chave: RENAL CRÔNICO CRESCIMENTO ESTATURA CONTROLE METABÓLICO ANEMIA

PERFIL DE PACIENTES PEDIÁTRICOS COM LITÍASE URINÁRIA E NEFROCALCINOSE DE ORIGEM GENÉTICA

LUCIMARY DE CASTRO SYLVESTRE (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE E PUC-PR), JESSICA MAGDALIZ BÁEZ VELÁZQUEZ (HOSPITAL ITAMED), RÚBIA MOHR (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), VANESSA VITORINO AGUIAR (HOSPITAL INFANTIL WALDEMAR MONASTIER), CHRISTIAN PINHEIRO TEIXEIRA (CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DO PARANÁ), DENISE SIQUEIRA LEMOS (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), IDILLA FLORIANI (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), ANA PAULA PEREIRA DA SILVA (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), EVELISE MARY TISSORI VARGAS (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), KAREN PREVIDI OLANDOSKI (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE E UNIVERSIDADE POSITIVO), MARIANA FAUCZ MUNHOZ DA CUNHA (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE E HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR), MARISTELA THOMAZ (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), BRUNA DAMIANI (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), REBECA VIDEIRA VALE (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), DONIZETTI DIMER GIAMBERARDINO FILHO (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE)

Introdução: Litíase renal e nefrocalcinose são condições pouco frequentes na faixa etária pediátrica. Quando ocorrem em crianças e adolescentes, é necessário investigar causas metabólicas através de exames de sangue, urina e, sempre que possível, fazer análise cristalográfica e avaliação molecular. Objetivos: Descrever os casos de litíase urinária e nefrocalcinose acompanhados no nosso serviço e que tiveram a causa genética confirmada por exame molecular. Metodologia: Revisão dos prontuários e dos exames dos pacientes com causa monogênica de litíase renal. Resultados: Onze pacientes preencheram os critérios de inclusão, sendo 7 meninos e 4 meninas foram acompanhados no nosso serviço e tiveram diagnóstico de litíase e/ou nefrocalcinose em algum período do tratamento. Somente em 2 casos o motivo do encaminhamento foi por litíase, em todos os demais, a litíase ou nefrocalcinose foi um achado de exame. As idades de início de acompanhamento variaram entre 4 meses e 16 anos e o início do acompanhamento ocorreu entre 2007 e 2024. Três deles já chegaram em estágio de doença renal crônica (DRC) avançada, necessitando iniciar diálise. Em relação à alteração metabólica urinária, a principal alteração encontrada foi hipercalciúria A realização do exame molecular variou entre 18 dias e 15 anos. As doenças confirmadas com o exame genético foram: Doença de Dent em 3 casos, Síndrome de Bartter em 3 casos, Hiperoxalúria primária do tipo 1 (HP1) em 3 casos, Raquitismo hipofosfatêmico com hipercalciúria em 1 caso e Doença de Wilson em 1 caso. Consanguinidade dos pais foi presente nos 3 casos de HP1. Oito pacientes continuam em acompanhamento no serviço, 2 deles com HP1 em tratamento dialítico e em uso de Lumasirana, medicação específica para o tratamento de HP1. Dois foram transferidos após completarem 18 anos e 1 foi a óbito relacionado a complicações secundárias à doença de base (DRC por HP1). Conclusão: Na nossa casuística houve predomínio de litíase no sexo masculino, as idades de início de acompanhamento bem como o tempo até a realização de exame molecular tiveram ampla variação. Consanguinidade ocorreu na totalidade dos casos de HP1, reforçando a necessidade de investigação genética nos casos de Litíase renal e nefrocalcinose em crianças e adolescentes,principalmente quando há consanguinidade e história familiar positiva de litíase de início precoce. A investigação genética torna-se fundamental, pois pode nortear o tratamento e acompanhamento adequados, prevenindo ou retardando a evolução para doença renal crônica.

Palavras-chave: LITÍASE. NEFROCALCINOSE. GENÉTICA.

PERFIL DE PACIENTES PORTADORES DE SÍNDROME NEFRÓTICA SUBMETIDOS A TERAPIA COM RITUXIMABE EM HOSPITAL TERCIÁRIO NO RIO DE JANEIRO

AMANDA ROCHA FERNANDES DA SILVA (HFB), SIMONE COLLOPY (HFB), JAQUELINE LEAL (HFB), MARIANNA PEREIRA IMPAGLIAZZO (HFB), FLÁVIA TUZZATO (HFB), NATHALIA RIBEIRO (HFB), PEDRO NOGUCHI ARAGÃO QUINDERÉ (HFB), EMANOELLA VIEIRA MARTINS (HFB), MARINA VIOLA DIAS (HFB), AMANDA SAMPAIO CARRIAS (HFB), FERNANDA HELENA PORTO (HFB), ANNE LOUISE DE OLIVEIRA (HFB)

Introdução: O rituximabe (RTX) é um anticorpo monoclonal anti-CD20, apresentando resultados promissores no tratamento da síndrome nefrótica (SN) corticodependente (SNCD), recidivante frequente (SNRF) e, como resgate, em corticorresistente (SNCR). Objetivos: Delinear o perfil clínico e avaliar a resposta ao RTX em pacientes pediátricos com SN, comparando os achados à literatura. Metodologia: Estudo observacional retrospectivo conduzido em hospital terciário do Rio de Janeiro, no setor de Nefrologia Pediátrica, por revisão de prontuários de 10 pacientes portadores de SN submetidos à infusão de RTX entre 2019 a 2025, classificados conforme resposta à corticoterapia e apresentando proteinúria nefrótica na introdução ao RTX. Avaliou-se o perfil por dados demográficos, idade ao diagnóstico de SN, histopatologia renal, estágio de doença renal crônica (DRC), terapia imunossupressora prévia, indicação ao RTX, dose e número de infusões, idade ao início de RTX, bloqueio de CD19, remissão parcial (proteinúria entre 0,2-2 g/g) e total (<0,2 g/g) em 6 meses, reações à infusão e infecções em até 6 meses após dose. Resultados: A população do estudo era predominantemente masculina (80%), com mediana de 4 anos ao diagnóstico de SN, além do predomínio de pardos (70%) e pretos (20%). Observou-se prevalência de lesão glomerular mínima (40%) e glomeruloesclerose segmentar e focal (40%) em biópsia renal. Na introdução da terapia com RTX, 40% já apresentavam disfunção renal estabelecida, com 20% entre os estágios II-III e 20% IV-V. A principal indicação ao uso de RTX foi a SNCR compondo 50%, seguida da SNRF com 30% e SNCD com 20%. Os pacientes apresentaram idade média de 11,1 anos ao começo do uso, com mediana de 2 infusões por paciente, na dose de 375 mg/m². Obteve-se bloqueio de CD19 após 1 dose em todos da amostra, dentre os 70% que dosaram. Apenas 1 paciente apresentou reação durante a infusão de RTX. Quanto a terapias imunossupressoras prévias, evidenciou-se que 9 dos 10 pacientes utilizaram micofenolato de mofetila (MMF) ou ciclofosfamida (CY), destes 3 fizeram uso de ambas. Ademais, verificou-se que 8 dos 10 pacientes fizeram uso de ciclosporina A (CsA) associada a MMF ou CY, dos quais 5 eram SNCR e somente 1 evoluiu com remissão total. Da totalidade da amostra, 2 evoluíram com remissão total, classificados como SNRF e SNCR. Observou-se remissão parcial em 3 pacientes da amostra, sendo eles SNRF, SNCD e SNCR. Todos os pacientes acima do estágio II de DRC não apresentaram resposta ao uso. Cerca de 5 pacientes evoluíram com manifestações infecciosas no intervalo de 6 meses após dose, sendo 63,6% infecções respiratórias, 18,2% infecções gastrointestinais e 18,2% infecções de pele, todas sem critério de internação hospitalar. Conclusão: Constata-se resposta insatisfatória ao RTX na SNCR e em pacientes a partir do estágio II de DRC, apesar do bloqueio adequado de CD19, em alinhamento com a literatura. O RTX mostrou-se seguro à infusão, embora associado a aumento de infecções leves no seguimento.

Palavras-chave: SÍNDROME NEFRÓTICA. RITUXIMABE. DOENÇA RENAL CRÔNICA.

PERFIL DE PACIENTES TRANSPLANTADOS EM HOSPITAL TERCIÁRIO RIO DE JANEIRO NO PERÍODO DE 2020 A 2024 E DAS INTERNAÇÕES NO PRIMEIRO ANO PÓS TRANSPLANTE

PEDRO NOGUCHI (HFB), SIMONE COLLOPY (HFB), JAQUELINE LEAL (HFB), NATHALIA RIBEIRO (HFB), MARIANNA IMPAGLIAZZO (HFB), FLAVIA TUZZATO (HFB), FERNANDA FERREIRA (HFB), AMANDA ROCHA (HFB), MARINA VIOLA (HFB), MARIA LAURA ALVES (HFB), RAFAELLA FARIA (HFB), EMANOELLA MARTINS (HFB), ANNE LOUISE DE OLIVEIRA (HFB)

Introdução: Transplante renal é a terapia de substituição renal que oferece maior sobrevida e melhor qualidade de vida aos portadores de doença renal crônica terminal. Devido à imunossupressão em dose mais alta no primeiro ano pós transplante, as intercorrências tendem a ocorrer mais neste período. Objetivos: Analisar o perfil epidemiológico dos pacientes submetidos a transplante renal e os motivos das internações no primeiro ano pós transplante. Metodologia: Estudo observacional retrospectivo conduzido em hospital terciário no Rio de Janeiro, no setor de Nefrologia Pediátrica por revisão de prontuário de 50 pacientes com idade de até 17 anos e 11 meses e 30 dias, submetidos ao transplante renal no período de 01/01/2020 até 31/12/2024 e suas internações no primeiro ano pós transplante. Para análise do perfil foi observado o número total de transplantes, a média de transplante por ano, sexo, cor, idade, doença de base, imunossupressão na indução, número de internações no primeiro ano e quais os motivos (infeccioso, disfunção de enxerto, procedimento, outros). Resultados: Dos pacientes, 57% eram do sexo masculino, com uma média de idade de 14 anos. Foram feitos 5 transplantes no ano de 2020, 14 no ano de 2021, 10 no ano de 2022, 9 no ano de 2023 e 11 no ano de 2024. Observou-se uma maior prevalência de pacientes transplantados pardos (47%), seguida de brancos (35%) e negros (18%). Em relação à doença de base, 24% possuem uma anomalia congênita do trato urinário, 40% glomerulopatia, 16% causa desconhecida, 8% doença renal policística, 6% nefropatia de refluxo e 6% tinham outras doenças. A indução foi realizada em 90% dos pacientes com basiliximabe e 10% com timoglobulina. Na amostra estudada, houve um total de 104 internações no primeiro ano pós-transplante, sendo 65% devido a quadro infeccioso, 13% para realizar algum procedimento, 12% devido à disfunção de enxerto e 10% devido a outros motivos. Em relação ao sítio de infecção dos internados: 48,5% foram devido à infecção do trato urinário (ITU), 19,1% de foco abdominal, 16,2% devido à infecção por citomegalovírus, 4,4% de foco cutâneo, 4,4% de origem respiratória, 3% foram internados devido a febre sem foco e 4,4% devido à infecção em outro sítio. Dentre os internados por infecção, 16% foram admitidos em unidade de terapia intensiva. Dentre os que internaram devido à disfunção de enxerto, 55% haviam recebido timoglobulina na indução e os outros 45% tiveram a indução feita com basiliximabe. Nenhum dos pacientes que internou por disfunção de enxerto no primeiro ano pós-transplante apresentou função retardada do enxerto. Houve, no primeiro ano, um óbito e três perdas de enxerto. Conclusão: No primeiro ano pós transplante observa-se maior risco de complicações, especialmente infecciosas, compatível com o período de maior imunossupressão, porém com baixa gravidade na maioria dos casos. A ITU foi o principal sítio infeccioso mesmo com antibioticoprofilaxia, reforçando a necessidade de estratégias adicionais de prevenção e seguimento rigoroso.

Palavras-chave: TRANSPLANTE RENAL. IMUNOSSUPRESSÃO. DOENÇA RENAL CRÔNICA. INFECÇÃO

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES POR HIPERTENSÃO ARTERIAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM BELÉM (PA) ENTRE OS ANOS DE 2020 A 2024

LUCAS SOLANO ARAUJO DA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ), LAIS SOLANO ARAUJO DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARA)

Introdução: A hipertensão arterial (HA) é uma condição crônica multifatorial associada a elevado risco cardiovascular e renal. Embora classicamente relacionada à população adulta, observa-se aumento progressivo de sua ocorrência em crianças e adolescentes Objetivos: Analisar o perfil epidemiológico das internações por hipertensão arterial em crianças e adolescentes no município de Belém (PA), no período de 2020 a 2024. Metodologia: Estudo epidemiológico, descritivo, com abordagem quantitativa, baseado em dados secundários do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), disponíveis no DATASUS. Foram incluídas internações por hipertensão arterial (CID-10: I10–I15) em indivíduos de 0 a 18 anos, residentes em Belém, no período de 2020 a 2024. Resultados: Os achados deste estudo demonstram baixa frequência absoluta de internações por hipertensão arterial em crianças e adolescentes em Belém, porém com tendência crescente ao longo do período analisado, especialmente a partir de 2022. Esse comportamento epidemiológico é consistente com a literatura, que aponta aumento progressivo da hipertensão na população pediátrica, configurando um importante problema de saúde pública global. A elevação dos casos ao longo do tempo pode estar associada a fatores comportamentais e metabólicos (Agostinis-Sobrinho, Vilan, 2021). Outro ponto relevante é que a hipertensão pediátrica permanece amplamente subdiagnosticada, o que pode justificar a baixa frequência de internações observada neste estudo. Segundo Rocha et al. (2024), muitos casos são identificados apenas em fases mais avançadas ou quando já há complicações associadas, o que reforça a importância do rastreamento precoce na atenção primária. A predominância do sexo masculino encontrada neste estudo também é descrita em pesquisas epidemiológicas, embora sem diferenças marcantes entre os sexos. Essa distribuição pode estar relacionada a fatores hormonais, comportamentais e metabólicos, ainda em investigação na literatura científica (Welser et al., 2021). Em relação à faixa etária, observou-se maior concentração de internações entre adolescentes, especialmente de 15 a 19 anos. Esse achado é coerente com evidências científicas que indicam que, nessa fase, a hipertensão tende a apresentar características semelhantes às da população adulta, com maior influência de fatores ambientais e estilo de vida (Agostinis-Sobrinho, Vilan, 2021). Quanto aos custos hospitalares, embora os valores médios por internação sejam relativamente baixos, estudos como de Rocha et al. (2024) apontam que o impacto econômico da hipertensão tende a aumentar progressivamente devido às complicações crônicas associadas, como doenças cardiovasculares e renais. Conclusão: a necessidade de fortalecimento das políticas públicas de saúde voltadas à prevenção, diagnóstico precoce e acompanhamento contínuo da hipertensão na população pediátrica, especialmente no contexto da atenção primária, a fim de reduzir a morbimortalidade futura.

Palavras-chave: HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA. PEDIATRIA. BELEM

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM TUBULOPATIAS PRIMÁRIAS ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO QUATERNÁRIO EM SÃO PAULO

LUIZ FERNANDES NETO (UNIFESP), CAROLINE SALVIO OSHIMA (UNIFESP), EDUARDO FREITAS HATANAKA (UNIFESP), MARIA CRISTINA ANDRADE (UNIFESP), PAULO CESAR KOCH NOGUEIRA (UNIFESP), MARTA LILIANE DE ALMEIDA MAIA (UNIFESP)

Introdução: As tubulopatias são doenças que afetam a função dos túbulos renais, comprometendo a reabsorção e secreção de diversas substâncias. Podem ser de origem primária, associadas a variantes genéticas, ou secundárias a outras doenças ou ao uso de medicamentos. A casuística do fenótipo e genótipo das tubulopatias primárias no Brasil é escassa. Objetivos: Descrever o perfil demográfico, características clínicas, depuração de creatinina estimada (TFGe) dos pacientes com tubulopatias primárias geneticamente avaliadas em um hospital quaternário em São Paulo. Metodologia: Estudo retrospectivo e observacional, com análise de dados demográficos, clínico-laboratoriais com avaliação molecular, de pacientes com tubulopatias primárias, em seguimento no ambulatório no período entre outubro de 2000 a janeiro de 2026. Foram excluídos pacientes sem avaliação molecular. Resultados: Dos 244 acompanhados no período, 34 pacientes com avaliação genética foram selecionados. Houve predomínio do sexo masculino (61,7%). A mediana de idade do início de acompanhamento foi de 2,6 anos (IQR: 1,4 – 6,5) e a do diagnóstico foi de 2 anos (IQR: 0,7 - 4,6). A mediana do tempo de seguimento foi de aproximadamente 8,4 anos (IQR 3,1 - 15,5). As principais tubulopatias foram Síndrome de Bartter (44,1%), Síndrome de Lowe (17,6%), Acidose Tubular Renal Distal (ATRd) (14,7%), Raquitismo Hipofosfatêmico (5,8%), Diabetes Insipidus Nefrogênico (5,8%). Os pacientes foram avaliados quanto ao genótipo por painel de doenças tratáveis e/ou exoma completo. A mediana do zscore peso no início do seguimento foi de -2,17 (IQR -3,78 a 0,05) e da estatura inicial foi de -2,39 (IQR -4,47 a -1,3). Durante o seguimento, metade dos pacientes apresentou nefrocalcinose e/ou alterações auditivas, e 20% apresentou alterações na avaliação oftalmológica. Em relação a TFGe, no início do seguimento a mediana foi de 132 ml/min/1,73 m2 (IQR 100,1 - 164,35), e ao final do seguimento de 113,5 (IQR 93,5 -145,5). Dentre os pacientes com Síndrome de Bartter, a variante do gene CLCNKB foi a mais frequente (80%), seguido por variantes no BSND (13,3%). Nos pacientes com ATRd, foram encontradas variantes no ATP6V1B1 (50%) e ATP6V0A4 (25%). Nos pacientes com raquitismo hipofosfatêmico, variantes nos genes SLC34A e CYP27B1. No DI, variantes nos genes AQP2 e AVPR2. Um paciente em investigação de hipomagnesemia foi diagnosticado com variante no HNF1B. Ao total, 4 pacientes submetidos ao teste genético resultaram em ausência de variantes encontradas (11,7%). Conclusão: As tubulopatias hereditárias são doenças complexas, de padrão de herança heterogêneo, que impactam o desenvolvimento ponderal dos pacientes. Estudos com avaliação molecular de pacientes com tubulopatias primárias são essenciais para caracterizar o perfil genético da população brasileira.

Palavras-chave: TUBULOPATIAS PRIMÁRIAS. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO. AVALIAÇÃO GENÉTICA.

PIELONEFRITE DE REPETIÇÃO COMO MANIFESTAÇÃO DE IMUNODEFICIÊNCIA PRIMÁRIA ASSOCIADA À MUTAÇÃO STING1: RELATO DE CASO

JÉSSICA MIGLIORINI NUNES (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS), BÁRBARA MIGLIORINI NUNES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE), BRUNA LEITE TOVAR (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS), LARISSA HALLAL RIBAS (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS)

Introdução: Infecções do trato urinário estão entre as infecções bacterianas mais comuns na infância, podendo evoluir para pielonefrite ao acometer o trato urinário superior. Episódios recorrentes necessitam investigação para anormalidades anatômicas, funcionais ou imunológicas. As imunodeficiências primárias são um grupo heterogêneo de doenças genéticas caracterizadas por susceptibilidade a infecções recorrentes, inflamação sistêmica e manifestações autoimunes. Entre elas, destacam-se as interferonopatias do tipo I, causadas por ativação anormal da via do interferon. Mutações no gene STING1 estão associadas à vasculopatia associada ao STING com início na infância, condição rara que cursa com inflamação sistêmica, vasculopatia e artrite, além de infecções recorrentes. Objetivos: Sexo feminino, 7 anos, com antecedente de necrólise epidérmica tóxica após uso de amoxicilina-clavulanato e ibuprofeno, envolvendo 60% da superfície corporal e mucosas, necessitou ventilação mecânica e tratamento com infliximabe, evoluiu com estabilização clínica e sequelas oculares. Em um ano, apresentou três episódios de pielonefrite aguda. Urocultura evidenciou crescimento bacteriano de Klebsiella pneumoniae produtora de carbapenemase em uma ocasião. Ultrassonografia abdominal com achados compatíveis com pielonefrite aguda. Pela recorrência das infecções e presença de manifestações inflamatórias sistêmicas, realizada investigação imunológica e genética. Identificou-se mutação no gene STING1, compatível com interferonopatia do tipo I. Metodologia: Resultados: As interferonopatias do tipo I são um grupo de doenças autoinflamatórias monogênicas caracterizadas pela ativação persistente da via do interferon. A proteína STING tem papel na imunidade inata ao ativar resposta inflamatória mediada por interferons tipo I. Mutações de ganho de função no gene STING1 levam à ativação constitutiva da via, resultando em inflamação crônica. A síndrome STING-associated vasculopathy with onset in infancy (SAVI), caracteriza-se por vasculopatia cutânea, doença pulmonar intersticial e artrite inflamatória. Ademais, pode levar a disfunção imunológica e susceptibilidade a infecções recorrentes. Embora as infecções respiratórias sejam as mais descritas, o trato urinário também pode estar envolvido. A presença de citocinas pró-inflamatórias elevadas, como a IL-6, contribui para a perpetuação do processo inflamatório e para manifestações sistêmicas. Dessa forma, quadros de infecção recorrente sem causa anatômica definida devem levantar suspeita para doenças imunológicas raras. Conclusão: A presença de pielonefrite de repetição associada a manifestações inflamatórias sistêmicas, deve levantar suspeita para imunodeficiência primária ou interferonopatia. A identificação de mutações no gene STING1 é fundamental para o diagnóstico e pode auxiliar na definição terapêutica. Relatos de caso contribuem para ampliar o conhecimento sobre apresentações clínicas atípicas de doenças raras e reforçam a importância da investigação genética quando indicada.

Palavras-chave: INTERFERONOPATIAS DO TIPO I. PIELONEFRITE RECORRENTE. IMUNODEFICIÊNCIA PRIMÁRIA

POLIANGEÍTE MICROSCÓPICA COM GLOMERULONEFRITE CRESCENTE PAUCI-IMUNE EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO

KELBERT DOS SANTOS RAMOS (HUPE/UERJ), ISABELA KEGELE NORA RIBEIRO (HUPE/UERJ), JOSÉ GUILHERME BARBOSA LEITE (HUPE/UERJ), THAIS LIRA CLETO YAMANE (HUPE/UERJ), SIMONE SILVA COLLOPY (HUPE/UERJ), JAQUELINE LEAL SANTOS GOUVEIA (HUPE/UERJ), NATHALIA CRISTINA PEREIRA RIBEIRO (HUPE/UERJ), HEITOR GUINANCIO DE SOUZA (HUPE/UERJ), RODRIGO MOULIN SILVA (HUPE/UERJ), FLÁVIO ROBERTO SZTAJNBOK (HUPE/UERJ), STANLEY DE ALMEIDA ARAUJO (INSTITUTO DE NEFROPATOLOGIA)

Introdução: A poliangeíte microscópica é uma vasculite sistêmica necrosante de pequenos vasos pertencente ao grupo das vasculites associadas aos anticorpos anti-citoplasma de neutrófilos denominados ANCA. Apresenta forte associação com o padrão perinuclear do ANCA direcionado contra a mieloperoxidase. O acometimento renal ocorre na maioria dos casos, geralmente sob a forma de glomerulonefrite necrosante e crescente pauci imune, frequentemente associada à rápida deterioração da função renal. Na população pediátrica trata-se de condição rara, porém potencialmente grave, sendo o diagnóstico precoce fundamental para instituição do tratamento imunossupressor. Objetivos: Paciente do sexo feminino, 12 anos, previamente hígida, iniciou quadro de febre diária, vômitos e alteração urinária caracterizada por colúria e urina espumosa. Foi inicialmente tratada para infecção urinária sem melhora clínica. Durante a internação apresentou anemia, proteinúria importante, hematúria maciça e insuficiência renal progressiva. Exames imunológicos iniciais foram negativos. Devido à piora da função renal foi transferida para hospital terciário, onde apresentou ANCA padrão perinuclear reagente com título superior a 1/160 e anticorpo anti mieloperoxidase elevado. Biópsia renal demonstrou glomerulonefrite crescente em fase proliferativa e esclerosante, com crescentes celulares, fibrocelulares e fibrosos, necrose segmentar e ruptura da membrana basal glomerular, além de fibrose intersticial moderada associada a atrofia tubular. A imunofluorescência revelou padrão pauci imune compatível com vasculite associada ao ANCA. Foi iniciado tratamento com pulsoterapia com metilprednisolona seguida de prednisona e posteriormente ciclofosfamida. Apesar da imunossupressão instituída, a paciente evoluiu com atividade persistente da doença, necessidade de terapia dialítica e múltiplas complicações clínicas, evoluindo para óbito. Metodologia: Resultados: A poliangeíte microscópica é rara na infância e pode apresentar manifestações iniciais inespecíficas, dificultando o diagnóstico precoce. O acometimento renal é frequente e pode manifestar-se como glomerulonefrite rapidamente progressiva. No presente caso, a extensa esclerose glomerular e a fibrose intersticial observadas na biópsia renal configuram importantes marcadores de pior prognóstico. Conclusão: O presente caso ilustra a gravidade do acometimento renal na poliangeíte microscópica em pacientes pediátricos, especialmente quando associada a glomerulonefrite rapidamente progressiva. A presença de extensa esclerose glomerular e fibrose intersticial na biópsia renal reforça a importância da avaliação histopatológica na definição do prognóstico. O reconhecimento precoce das vasculites associadas ao ANCA é essencial para a instituição rápida do tratamento e potencial redução da morbimortalidade associada à doença.

Palavras-chave: POLIANGEÍTE MICROSCÓPICA. VASCULITE ASSOCIADA AO ANCA. GLOMERULONEFRITE RAPIDAMENTE PROGRESSIVA.

PREDIÇÃO DE HIPERTENSÃO MASCARADA COM MACHINE LEARNING EM 884 ADOLESCENTES UTILIZANDO PRESSÃO ARTERIAL DE CONSULTÓRIO E ÍNDICE DE MASSA CORPORAL

IVAN COELHO MACHADO (FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO), VIVIANE CUNHA CARDOSO (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), WILLIAM BARBOSA (SP), FABIO CARMONA (FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO)

Introdução: A hipertensão arterial na adolescência está associada a maior risco cardiovascular na vida adulta. A monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) é o padrão-ouro diagnóstico, permitindo identificar fenótipos como hipertensão mascarada e hipertensão do jaleco branco. Entretanto, limitações logísticas e de custo restringem sua utilização em larga escala. Objetivos: Avaliar a capacidade de variáveis clínicas e antropométricas em predizer hipertensão detectada pela MAPA em adolescentes, comparando regressão logística e um algoritmo de machine learning. Metodologia: Estudo com 884 adolescentes (11–13 anos) de uma coorte de nascimento que realizaram MAPA. Foram analisadas variáveis clínicas, perinatais e antropométricas obtidas em consulta clínica. O desfecho foi hipertensão definida segundo recomendações da American Heart Association. O conjunto de dados foi dividido em treinamento (70%) e teste (30%). Foram desenvolvidos modelos de regressão logística e Extreme Gradient Boosting (XGBoost). O desempenho foi avaliado por área sob a curva ROC (AUC), sensibilidade, especificidade e F1-score. A interpretabilidade do modelo de machine learning foi explorada por meio de valores SHAP. Resultados: Entre os participantes, 114 (12,9%) apresentaram hipertensão detectada pela MAPA, incluindo 97 casos de hipertensão mascarada e 17 de hipertensão sustentada. Adolescentes hipertensos apresentaram maior z-score do índice de massa corporal (zIMC). No modelo multivariável de regressão logística, apenas zIMC (OR 1,53, IC95% 1,20–1,95) e pressão arterial sistólica de consultório (OR 1,09 por mmHg, IC95% 1,06–1,13) permaneceram associados ao desfecho. No conjunto de teste, o modelo XGBoost apresentou melhor desempenho discriminativo (AUC 0,755) em comparação à regressão logística (AUC 0,653). Com limiar de classificação de 0,5, a regressão logística apresentou sensibilidade de 9% e especificidade de 99%, enquanto o XGBoost apresentou sensibilidade de 62% e especificidade de 76%, com F1-score superior (0,38 vs 0,17). A análise SHAP confirmou pressão arterial sistólica de consultório e zIMC como principais determinantes das predições. Em análise exploratória, o modelo também demonstrou capacidade moderada para identificar hipertensão mascarada em comparação à normotensão (AUC 0,71). Conclusão: Pressão arterial sistólica de consultório e IMC foram os principais preditores de hipertensão detectada pela MAPA em adolescentes. O modelo baseado em XGBoost apresentou melhor desempenho discriminativo global. A elevada proporção de hipertensão mascarada evidencia que adolescentes com pressão aparentemente normal no consultório podem apresentar hipertensão na MAPA. Esses achados reforçam o papel da MAPA na avaliação de adolescentes com maior adiposidade e sugerem que modelos preditivos baseados em variáveis clínicas simples podem auxiliar na seleção de indivíduos prioritários para realização do exame.

Palavras-chave: MACHINE LEARNING. INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL. HIPERTENSÃO ARTERIAL

PREDIÇÃO DO TAMANHO DO ENXERTO RENAL COM BASE NA SUPERFÍCIE CORPORAL DO DOADOR

PAULO KOCH NOGUEIRA (HOSPITAL SAMARITANO DE SÃO PAULO E UNIFESP - ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA), MARIA FERNANDA CAMARGO (HOSPITAL SAMARITANO DE SÃO PAULO), LUCIANA DE SANTIS FELTRAN (HOSPITAL SAMARITANO DE SÃO PAULO E UNIFESP - ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA), FABIO AMARAL (HOSPITAL SAMARITANO DE SÃO PAULO), NARA DE OLIVEIRA (HOSPITAL SAMARITANO DE SÃO PAULO), JOSÉ CARLOS BAPTISTA (HOSPITAL SAMARITANO DE SÃO PAULO)

Introdução: No transplante renal (TX) pediátrico a desproporção doador~receptor é mais importante do que nos adultos e as normas favorecem doadores falecidos pediátricos para crianças. No entanto, a faixa etária pediátrica é ampla e a desproporção de tamanhos ocorre frequentemente. Objetivos: Esse trabalho objetiva a predição do peso e comprimento do enxerto renal em função da superfície corporal (SC) do doador para ajudar na tomada de decisão quando há oferta de rim. Metodologia: Avaliação retrospectiva de dados considerando a SC do doador calculada por SC=0,007184 x 12310,Peso(Kg)12311,^0,425 x 12310,Altura (cm)12311,^0,725 como variável de exposição. Peso e comprimento do enxerto foram os desfechos medidos na cirurgia do Tx com balança de precisão e régua. A associação entre as variáveis foi testada com regressão linear e modelos Bootstrap, que foram utilizados como controle para os modelos lineares por não exigirem homoscedasticidade e normalidade dos resíduos. Resultados: Avaliamos 537 Tx pediátricos com receptores de idade = 8,6 (4,2-13,0) anos, sendo 349 meninos (65%). Os doadores (89% dos Tx com doador falecido) tinham idade =15(8-34) anos, 318 (59%) homens, e SC=1,6(1,0-1,8) m2. O peso dos enxertos foi=144(93-176) gramas e comprimento=10(8,5-11) centímetros. Os modelos desenvolvidos foram significantes e tiveram boa performance, com pequena margem de incerteza, ambos com R2>0,7. Os modelos lineares geraram as equações a) Peso enxerto=0,96+96,53*SC doador e b) Comprimento=5,74+2,84*SC doador, ambos com p<0,001. Conclusão: Predizer o peso e comprimento do enxerto ofertado pode ser útil, principalmente no caso de Tx renal de crianças pequenas. A semelhança de resultados dos modelos sugere que as equações dos modelos lineares têm boa acurácia e que os achados podem ter aplicação para outros doadores.

Palavras-chave: TRANSPLANTE RENAL. CRIANÇA. PEDIATRIA. TAMANHO DO ENXERTO

PREMATURIDADE COMO DETERMINANTE PRECOCE DE RISCO CARDIORRENAL: EVIDÊNCIAS DE ALTERAÇÕES SUBCLÍNICAS EM COORTE DE MUITO BAIXO PESO AO NASCER

VANDREA DE SOUZA (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), LUCIANO DA SILVA SELISTRE (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), DAIANE DE OLIVEIRA PEREIRA VERGANI (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), MARIA GABRIELA PANIZ BACEDO (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), THIAGO CROCOLI BALBINOT (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), BRENDA STAEHLER INDICATTI (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), CRISTIANI DAPONT NEVES (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), CRISTINA BARCAROL (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), GABRIEL AMARAL STANGHERLINI (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), EDUARDA MIOT PANAZZOLO (HOSPITAL GERAL DE CAXIAS DO SUL)

Introdução: A prematuridade interrompe a nefrogênese e reduz o número de néfrons, configurando risco aumentado para doença renal crônica e eventos cardiovasculares. Entretanto, a magnitude das alterações subclínicas em indivíduos com muito baixo peso ao nascer ainda é pouco explorada. Objetivos: Avaliar a ocorrência e a persistência de anormalidades renais e de pressão arterial em indivíduos nascidos prematuros com muito baixo peso (MBP, < 1500g) acompanhados em um centro terciário. Metodologia: Coorte de indivíduos nascidos com MBP acompanhados ambulatorialmente. Foram avaliados dados neonatais e desfechos renais. Doença renal (DRC) foi definida como o desfecho composto: taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) <90 mL/min/1,73 m² e/ou albuminúria >30 mg/g e/ou pressão arterial sistólica (PAS) e/ou diastólica (PAD) acima do percentil 95 e/ou bicarbonato <22 mEq/L. As alterações foram avaliadas longitudinalmente e quanto à persistência (8805,2 medições ou intervalo 8805,90 dias). Modelos de regressão logística penalizada e modelos de Cox foram utilizados para analisar os fatores associados. Resultados: Dos 389 indivíduos elegíveis, 226 possuíam dados de avaliação nefrológica. A mediana da idade gestacional ao nascimento foi de 30 semanas (IQR 28–32) e a mediana do peso ao nascer foi de 1200g (1015–1375). Anormalidades renais ou de pressão arterial ocorreram em 75,7% durante o acompanhamento, com alta frequência de hipertensão: PAS >P95 em 36,3% e PAD >P95 em 55,8%. TFGe reduzida foi observada em 12,4% e albuminúria em 8%. Alterações persistentes foram identificadas em 25,7% da coorte, sendo a hipertensão diastólica a mais prevalente (15%), enquanto a redução persistente da TFGe ocorreu em 3,1%. Na análise multivariada, nenhuma variável neonatal ou clínica foi significativamente associada à disfunção renal persistente. No modelo de Cox, apenas o sexo masculino foi associado a um menor risco de DRC ao longo do tempo (HR 0,66, IC 95% 0,48–0,91, p=0,01). A elevada carga de anormalidades renais e de pressão arterial corrobora a hipótese de Brenner, indicando que a oligonefropatia congênita pode levar à hiperfiltração compensatória e hipertensão precoce. O achado de que 25,7% da coorte apresentou danos persistentes sugere a presença de um fenótipo de envelhecimento biológico acelerado do rim prematuro. Além disso, a ausência de preditores neonatais robustos levanta a hipótese de que o risco possa não ser adequadamente identificado no período neonatal, sustentando as recomendações atuais de monitoramento vitalício para indivíduos prematuros de risco. Conclusão: Na população avaliada, indivíduos nascidos prematuros com MBP apresentam elevada frequência de alterações renais subclínicas, especialmente hipertensão, mesmo na ausência de disfunção renal estabelecida. Esses achados sugerem a prematuridade como determinante precoce de risco cardiorrenal e indicam a necessidade de vigilância longitudinal sistemática, independente de preditores neonatais evidentes.

Palavras-chave: DOENÇA RENAL CRÔNICA. PREMATURIDADE. MUITO BAIXO PESO. HIPERTENSÃO.

PROGNÓSTICO PROMISSOR NA SÍNDROME DE GRACILE: RELATOS DE CASOS

CRISTIANA UYEDA DO AMARAL (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP), ANA LAURA OLIVEIRA SILVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP), ISABEL GOULART FONSECA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP), HELOISA ROSSIGNOLI BIZARRO MENDES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP), CAROLINA DIAS AZEVEDO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP), JESSICA BIDURIN PICOLO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP), MAYARA MELLO DOS SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP), EDUARDO FREITAS HATANAKA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP), PAULO CESAR KOCH NOGUEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP), MARIA CRISTINA DE ANDRADE (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP), MARTA LILIANE DE ALMEIDA MAIA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP)

Introdução: A síndrome GRACILE é uma doença genética ultrarara, autossômica recessiva, causada por variantes no gene BCS1L, que codifica a proteína mitocondrial homônima. A alteração leva à disfunção da cadeia respiratória no complexo III. Os órgãos mais acometidos são rins e fígado. Suas manifestações principais relacionam-se ao acrônimo: atraso no crescimento (Growth retardation), aminoacidúria/tubulopatia de Fanconi (Aminoaciduria), colestase (Cholestasis), sobrecarga de ferro (Iron overload), acidose lática (Lactic acidosis) e morte precoce (Early death). A condição apresenta alta letalidade no período neonatal e início da infância. Objetivos: Relatamos uma série de três casos de pacientes com síndrome GRACILE, acompanhados em um Centro Universitário especializado, que apresentaram sobrevida superior à letalidade precoce característica, com tempo médio de seguimento de 4 anos. Caso 1: Paciente feminina, 3 anos de idade, filha de pais não consanguíneos, sem abortos prévios. Apresentou inicialmente hipoglicemias recorrentes, colestase e acidose metabólica no período neonatal. Evoluiu com síndrome de Fanconi e déficit pondero-estatural progressivo. Aos 2 anos, confirmou-se o diagnóstico com variante patogênica em heterozigose no gene BCS1L. Caso 2: Paciente feminina, 12 anos de idade, pais não consanguíneos, sem abortos prévios. Encaminhada à Nefrologia aos 9 anos para investigar baixo ganho pondero-estatural (iniciado aos 4 anos), raquitismo e acidose metabólica, sendo diagnosticada com síndrome de Fanconi. A avaliação genética revelou variante patogênica em heterozigose no gene BCS1L. Caso 3: Paciente masculino, 12 anos de idade, gemelar bivitelino, filho de pais não consanguíneos, sem abortos prévios. Encaminhado à Nefrologia com diagnóstico de síndrome de Fanconi aos 4 anos. A avaliação genética confirmou variante no gene BCS1L. Observou-se melhora significativa dos indicadores antropométricos em todos os pacientes (ganhos médios de +1,21 no escore Z de peso/idade e +0,67 no escore Z de estatura/idade). Metodologia: Resultados: Existem poucos dados na literatura sobre a sobrevida de pacientes com essa patologia ultrarara. Este estudo descreve três casos dessa condição. A sobrevida observada em nossa casuística encontra-se muito acima do padrão descrito na literatura (mediana estimada de 7 dias de vida), podendo estar relacionada à penetrância variável da alteração genética. Conclusão: O presente estudo reforça a importância do diagnóstico etiológico preciso em casos de síndrome de Fanconi em crianças. A casuística demonstra que é possível obter melhora significativa na sobrevida e na evolução pondero-estatural de pacientes com síndrome GRACILE por meio de acompanhamento multiprofissional especializado, ressaltando-se também a possibilidade de variação fenotípica entre os pacientes.

Palavras-chave: SÍNDROME DE GRACILE. PROGNÓSTICO. PEDIATRIA. SÍNDROME DE FANCONI.

PROTEINÚRIA NEFRÓTICA EM ADOLESCENTE COM DIABETES MELLITUS TIPO 1 REVELANDO GLOMERULOESCLEROSE SEGMENTAR E FOCAL ASSOCIADA À NEFROPATIA DIABÉTICA.

FERNANDA HELENA PORTO (HFB), SARA ARAUJO PEDRO (HFB), JAQUELINE LEAL (HFB), AMANDA CARRIAS (HFB), ANNA CECILIA SOARES (HFB), AMANDA ROCHA (HFB), EMANOELLA VIEIRA (HFB), NATHALIA RIBEIRO (HFB), SIMONE COLLOPY (HFB), MARIANNA IMPAGLIAZZO (HFB), FLÁVIA TUZZATO (HFB), ANNE LOUISE DE OLIVEIRA (HFB), RAFAELA GALLART (HFB), VINICIUS MARTINS DE SÁ (HFB), STANLEY DE ALMEIDA ARAÚJO (INSTITUTO DE NEFROPATOLOGIA)

Introdução: A nefropatia diabética é uma das principais complicações microvasculares do diabetes mellitus tipo 1, ocorrendo em aproximadamente 30% dos pacientes, geralmente após 5 a 15 anos de evolução da doença. Entretanto, a presença de proteinúria significativa ou síndrome nefrótica nesses pacientes deve levantar a suspeita de glomerulopatias associadas. A coexistência de nefropatia diabética e glomeruloesclerose segmentar e focal é incomum na faixa etária pediátrica e representa desafio diagnóstico e terapêutico. Objetivos: Adolescente do sexo feminino, 15 anos, com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 desde os 3 anos de idade, foi encaminhada ao serviço de nefrologia pediátrica após identificação de proteinúria patológica. Apresentava estatura de 147 cm (< P3), peso de 52 kg, índice de massa corporal de 24 Kg/m2, pressão arterial de 120 x 80 mmHg (P95 = 124x82) e edema de membros inferiores. Exames laboratoriais evidenciaram hemoglobina glicada entre 12 e 16 % e glicemias frequentemente superiores a 400 mg por dL. Sorologias para HIV, hepatites B e C, citomegalovírus, vírus Epstein Barr e VDRL foram negativas, assim como marcadores reumatológicos incluindo fator antinuclear, C3 e C4. Apresentava retinopatia diabética avançada e avaliação cardiológica demonstrou hipertrofia ventricular esquerda concêntrica. A função renal encontrava-se preservada, com creatinina sérica de 0,6 mg por dL. Observou-se hipoalbuminemia entre 1,7 e 2,9 g por dL e proteinúria de 24 horas variando entre 1,5 e 3,9 g. Diante da presença de proteinúria em faixa nefrótica com função renal preservada, foi realizada biópsia renal. O exame histopatológico evidenciou aumento discreto da matriz mesangial, esclerose segmentar variante não especificada de outra forma e espessamento da membrana basal glomerular, além de fibrose intersticial discreta e hialinose arteriolar. A imunofluorescência demonstrou padrão linear ao longo da membrana basal glomerular para imunoglobulina G. Os achados foram compatíveis com nefropatia diabética classe II associada à glomeruloesclerose segmentar e focal. Considerando o importante descontrole glicêmico, optou-se por evitar corticoterapia e instituir tratamento com ciclosporina A, observando-se remissão da proteinúria após seis meses. Metodologia: Resultados: Em pacientes com diabetes mellitus tipo 1 de longa evolução e controle metabólico inadequado, a nefropatia diabética deve ser considerada. Entretanto, a presença de proteinúria em faixa nefrótica ou evolução clínica atípica deve motivar investigação diagnóstica ampliada. A biópsia renal foi fundamental para o diagnóstico diferencial e definição da conduta terapêutica. Conclusão: Este caso reforça que a proteinúria significativa em pacientes com diabetes mellitus tipo 1 não deve ser automaticamente atribuída à nefropatia diabética, sendo essencial considerar glomerulopatias associadas e proceder à investigação etiológica adequada.

Palavras-chave: DIABETES MELLITUS TIPO 1. PROTEINÚRIA. NEFROPATIA DIABÉTICA. GLOMERULOPATIAS. BIÓPSIA RENAL

PSEUDOANEURISMA INFECCIOSO APÓS TRANSPLANTE RENAL PEDIÁTRICO ASSOCIADO A INFECÇÃO DERIVADA DO DOADOR POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUTORA DE CARBAPENEMASE

JAQUELINE LEAL SANTOS GOUVEIA (HOSPITAL ESTADUAL DA CRIANÇA), MARIANNA IMPAGLIAZZO (HOSPITAL ESTADUAL DA CRIANÇA), ANNE LOUISE OLIVEIRA (HOSPITAL ESTADUAL DA CRIANÇA), RICARDO RIBAS DE ALMEIDA LEITE (HOSPITAL ESTADUAL DA CRIANÇA), DANILO SOUZA LIMA DA COSTA CRUZ (HOSPITAL ESTADUAL DA CRIANÇA), FERNANDO BOUSFIELD PAULA RAMOS (HOSPITAL ESTADUAL DA CRIANÇA), THAIS LIRA CLETO-YAMANE (HOSPITAL ESTADUAL DA CRIANÇA)

Introdução: Pseudoaneurisma infeccioso após transplante renal é complicação rara e potencialmente fatal, geralmente associada a contaminação do enxerto ou bacteremia, podendo levar a ruptura vascular, perda do enxerto e sepse. Relatamos caso de pseudoaneurisma de artéria ilíaca associado a infecção por Klebsiella pneumoniae produtora de carbapenemase (KPC) possivelmente derivada do doador. Objetivos: Paciente feminina, 2 anos, com doença renal crônica secundária a glomeruloesclerose segmentar e focal, submetida a transplante renal preemptivo. Doador falecido por traumatismo cranioencefálico, em uso de meropenem. Realizada anastomose término lateral da veia do enxerto na veia cava inferior e da artéria do enxerto na artéria ilíaca comum direita. Evoluiu com diurese imediata e queda da creatinina de 3,3 mg/dL na admissão para 0,5 mg/dL em 24 horas. Após 48 horas apresentou desconforto respiratório, com painel viral positivo para COVID 19, bocavírus e parainfluenza, necessitando ventilação não invasiva contínua. O líquido de preservação do enxerto foi positivo para Klebsiella produtora de carbapenemase. Considerando a possibilidade de infecção por KPC, o esquema antimicrobiano foi modificado de meropenem para ceftazidima/ avibactam por 14 dias conforme antibiograma. No 24o dia pós transplante apresentou taquicardia persistente, febre e redução do débito urinário, evoluindo com critérios de sepse. Doppler do enxerto evidenciou aumento do volume renal e da ecogenicidade do parênquima, fluxo arterial de baixa velocidade e formação adjacente ao enxerto com imagem hipoecoica e fluxo periférico de alta velocidade, inicialmente sugerindo trombose venosa ou fístula arteriovenosa. Angiotomografia demonstrou volumosa lesão sacular medindo 7,3 x 5,0 x 5,3 cm na interface entre a aorta abdominal distal e as artérias ilíacas comuns, com trombose parcial, compatível com pseudoaneurisma, determinando compressão das estruturas vasculares adjacentes, incluindo artéria e veia do enxerto. Diante da instabilidade clínica foi indicada transplantectomia, sendo realizada enxertectomia, ligadura do pedículo vascular, ressecção do pseudoaneurisma e reconstrução vascular com anastomose término terminal da artéria ilíaca comum direita na aorta abdominal distal, observando-se secreção purulenta na via excretora do enxerto. Metodologia: Resultados: Pseudoaneurismas infecciosos após transplante renal são eventos raros, frequentemente relacionados a infecção bacteriana derivada do doador ou contaminação do enxerto, sendo descritos principalmente com bactérias gram negativas. O diagnóstico pode ser desafiador e frequentemente requer exames de imagem como Doppler e angiotomografia. A progressão rápida e o risco de ruptura torna necessária abordagem cirúrgica precoce, muitas vezes com transplantectomia e reconstrução vascular. Conclusão: O presente caso ressalta a importância da vigilância para infecção derivada do doador e da investigação precoce de complicações vasculares em receptores de transplante renal com quadro séptico.

Palavras-chave: TRANSPLANTE RENAL. IMUNOSSUPRESSÃO. SEPSE. PSEUDOANEURISMA.

QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA E SEUS RESPONSÁVEIS: ÊNFASE NOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS E RELAÇÕES SOCIAIS

SUZANA ARAÚJO E SILVA HARTMANN (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS), MARCELA OLIVEIRA FARIA BRAGA BORGES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS), PATRÍCIA MARQUES FORTES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS), GIOVANNA MARIA DE MESQUITA PAIVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS), RENATA SILVA FARIA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS), ALESSANDRA VITORINO NAGHETTINI (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS)

Introdução: A DRC na infância impõe impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes e familiares. A percepção dos responsáveis pode diferir do autorrelato das crianças, sobretudo nos domínios emocional e social. Objetivos: Avaliar a QVRS de crianças e adolescentes com DRC e de seus responsáveis, comparando os escores entre os grupos, com ênfase nos domínios emocional e social Metodologia: Estudo observacional, analítico, transversal, realizado em um serviço de nefrologia pediátrica de hospital terciário. Foram incluídos pacientes pediátricos com DRC, avaliados pelo instrumento PedsQL™ 4.0, que contempla os domínios físico, emocional, social e escolar. As variáveis clínicas analisadas foram idade, peso, estatura, índice de massa corporal e pressão arterial. Realizou-se análise descritiva e inferencial, com aplicação do teste de correlação de Pearson após verificação da normalidade dos dados. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 86571624.5.0000.5083). Resultados: Foram incluídos 30 pacientes (média de idade: 11,33 ± 3,9 anos, 66,7% masculino) e seus responsáveis (59 participantes). O escore total médio dos pacientes foi 63,46 ± 16,39, superior ao dos responsáveis (56,71 ± 15,43). O domínio emocional apresentou diferença significativa: responsáveis reportaram escores menores que os pacientes (57,41 ± 16,45 vs. 69,54 ± 19,19, $p = 0,0116$). No domínio social, os escores foram semelhantes (68,33 ± 24,68 vs. 66,90 ± 21,85, $p = 0,7610$), indicando concordância entre os grupos. Pacientes em terapia renal substitutiva ($n = 16$) apresentaram escores significativamente inferiores ($p = 0,0315$). Conclusão: A DRC impacta relevantemente a QVRS de pacientes e responsáveis. O domínio emocional apresentou maior divergência, com sobrecarga psicológica significativamente maior nos cuidadores ($p = 0,0116$). Pacientes em terapia substitutiva concentraram os piores escores ($p = 0,0315$). Esses achados reforçam a necessidade de abordagem multiprofissional que contemple paciente e núcleo familiar.

Palavras-chave: DOENÇA RENAL CRÔNICA. QUALIDADE DE VIDA. PEDIATRIA. FAMÍLIA. SAÚDE MENTAL.

RASTREIO DE CAKUT NO LACTENTE FEBRIL NO PRONTO-SOCORRO: CONSTRUÇÃO DE UM ALGORITMO REMIOLÓGICO RÁPIDO

WALACE ROCHA (HOSPITAL INFANTIL GONZAGA E UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA), FABIANE RODRIGUES LOPES QUARESMA (UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA), MURILO FRANÇA ATAÍDE DUARTE (UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA), SIMONY GOMES (HOSPITAL INFANTIL GONZAGA), ELIANA PARADA MEDINA (HOSPITAL INFANTIL GONZAGA), MARIA HELOIZA TORRES VENTURA WEY (HOSPITAL INFANTIL GONZAGA E UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA)

Introdução: As Anomalias Congênitas do Rim e do Trato Urinário (CAKUT) representam o principal grupo de malformações congênitas na infância e correspondem às principais causas de doença renal crônica pediátrica em diversos países. Diante desse cenário, torna-se relevante desenvolver ferramentas clínicas que auxiliem na identificação precoce de sinais de alerta para CAKUT ainda na avaliação inicial do lactente febril, antes mesmo da disponibilidade de exames laboratoriais. Objetivos: Desenvolver um algoritmo semiológico rápido para rastreio de Anomalias Congênitas do Rim e do Trato Urinário (CAKUT) em lactentes com febre sem sinais de localização (FSSL) atendidos em pronto-socorro. A proposta organiza achados clínicos da anamnese e do exame físico em um fluxograma aplicável à beira do leito em até três minutos ("Regra dos 3 Minutos"), visando identificar precocemente sinais de alerta para malformações do trato urinário antes da disponibilidade de exames laboratoriais e de imagem. Metodologia: Revisão narrativa da literatura com foco em emergência pediátrica e nefrologia pediátrica. Foram priorizados artigos originais, revisões sistemáticas, diretrizes e consensos recentes que abordassem ITU febril em lactentes, apresentação clínica de anomalias estruturais urinárias e estratégias de investigação precoce. A partir da síntese das evidências, selecionaram-se achados clínicos e antecedentes de maior relevância para suspeição de CAKUT, organizando-os em uma árvore decisória para triagem inicial. Resultados: os em uma árvore decisória para triagem inicial. Resultados: A literatura sustenta que a ITU é causa frequente de infecção bacteriana grave em lactentes com FSSL e pode representar o primeiro marcador clínico de CAKUT, uma vez que parte dessas anomalias pode não ser detectada no rastreio ultrassonográfico pré-natal. Com base nisso, foi elaborado o algoritmo "Regra dos 3 Minutos", estruturado em três eixos sequenciais: (1) anamnese dirigida (histórico familiar de doença renal ou malformação urinária, achados pré-natais como oligodrâmnio ou hidronefrose fetal, alterações miccionais como jato urinário fraco, gotejamento pós-miccional, irritabilidade ao urinar, perdas urinárias ou dificuldade no processo de desfralde), (2) exame físico focal (palpação abdominal para massas, inspeção de genitália e avaliação lombossacral), (3) identificação de red flags e tomada de decisão. Na presença de um ou mais sinais de alerta, recomenda-se acionar "alerta CAKUT" com suspensão da alta, ultrassonografia das vias urinárias de urgência, avaliação laboratorial da função renal, radiografia de coluna lombossacral para triagem de possíveis disrafismos medulares quando indicado e interconsulta especializada. Conclusão: O algoritmo pode reduzir a variabilidade de condutas, favorecer encaminhamento para investigação por imagem e intervenção especializada e, assim, contribuir para prevenção de lesão renal e progressão para doença renal crônica em longo prazo.

Palavras-chave: CAKUT. FEBRE. LACTENTE. MALFORMAÇÕES CONG~ENITAS

RECORRÊNCIA DE GESF EM PACIENTES TRANSPLANTADOS RENAIS PEDIÁTRICOS: RESPOSTA AO TRATAMENTO E IMPACTO NO DESFECHO

MARINA ANDRADE BIEHL (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE), ALINE CAMPANI RODRIGUES (SANTA CASA DE MISERICÓRIDA DE PORTO ALEGRE), JÉSSICA DALBOSCO MULLER (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE), ALESSANDRA DORIGON (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE), NICOLE BAIRROS SILVA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE), BÁRBARA MIGLIORINI NUNES (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE), SABRINA CIOATO GOMEZ (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE), CLOTILDE DRUCK GARCIA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE), RAPHAEL DE FREITAS BORGES (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE), ROBERTA WEISHEIMER ROHDE (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE), DUFAYS DANITH VELASQUEZ LOPERENA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE), VIVIAN DO AMARAL DE OLIVEIRA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE), VANDREA CARLA DE SOUZA (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL)

Introdução: A glomeruloesclerose segmentar e focal (GESF) é uma das principais causas de transplante renal na pediatria, e sua recorrência pós-transplante é frequente, sendo a segunda causa mais comum de perda do enxerto. Objetivos: Analisar em pacientes pediátricos com recorrência de GESF após o transplante renal as estratégias terapêuticas com rituximabe (RTX) e/ou plasmaférese (PP) e sua evolução. Metodologia: Estudo retrospectivo baseado em prontuários de mil pacientes transplantados renais pediátricos realizados em um centro de referência em Porto Alegre (RS). Foram incluídos pacientes <18 anos com diagnóstico de GESF ou síndrome nefrótica corticorresistente que apresentaram recidiva pós-transplante, totalizando 44 transplantes. Oito pacientes foram excluídos por dados incompletos, resultando em amostra final de 36 casos. As variáveis analisadas incluíram tempo para recidiva, tratamento, complicações, resposta e desfecho. Resposta completa foi definida como normalização da proteinúria, resposta parcial como redução da proteinúria em 8805,50% e albumina sérica >2,5g/dl, ausência de resposta como manutenção da proteinúria nefrótica aos níveis anteriores ao tratamento. O protocolo de tratamento até 2006 consistia somente no uso de plasmaférese (total 10 sessões). Após 2006, o protocolo iniciava com 3 pulsos de metilprednisona seguido por RTX. Aqueles que não respondiam ao RTX realizam 10 sessões de plasmaferese (tratamento combinado). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição (CAAE89264825.7.0000.5335). Resultados: A recidiva ocorreu predominantemente de forma precoce, em até 7 dias após o transplante. Houve resposta completa em 23 pacientes (63,9%), parcial em 6 (16,7%) e ausência de resposta em 7 (19,4%). Os tratamentos incluíram RTX isolado (n=17), PP isolada (n=6) e terapia combinada (n=13). RTX apresentou resposta completa em 82,4% e parcial em 17,6%. PP resultou em 66,7% de resposta completa, 16,7% parcial e 16,7% sem resposta. A terapia combinada apresentou resposta completa em 38,5%, parcial em 15,4% e ausência de resposta em 46,2%. Eventos adversos ocorreram em 23 pacientes, principalmente relacionados à imunossupressão: infecção por citomegalovírus em 33,3% dos pacientes, outras infecções em 30,6%, rejeição em 11,1% e anemia com necessidade de CHAD em 8,3%, podendo ocorrer múltiplos eventos em um único paciente. Não houve óbitos relacionados à terapia. A ausência de resposta associou-se à perda do enxerto em 85,7% dos casos. Conclusão: A GESF recorrente apresenta comportamento agressivo, recidiva precoce e impacto significativo nos desfechos. O RTX isolado mostrou maior taxa de resposta, embora possivelmente influenciado por viés de gravidade (pacientes mais graves necessitaram uso de terapia combinada). A ausência de resposta foi o principal fator associado à perda do enxerto. As terapias apresentam relevante carga de complicações infecciosas. Estratégias para diagnóstico e tratamento precoces são fundamentais para preservação do enxerto e do paciente.

Palavras-chave: GESF. RECIDIVA. TRANSPLANTE RENAL.

RELATO DE UM CASO: SINDROME UROFACIAL DE OCHOA

ADRIANNA BARROS LEAL DANTAS (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN), RAFAEL AVELINO LUCAS (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN), KATHIA LILIANE DA CUNHA RIBEIRO ZUNTINI (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN), LIA CORDEIRO BASTOS AGUIAR (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN), DANIELLE CARVALHO PEDROSA (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN), KATIA VIRGINIA ROCHA XAVIER (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN), ANDRESSA MARIA DE SOUSA CHAVES (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN), GABRIELA TELES (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN)

Introdução: A Síndrome Urofacial também conhecida como Síndrome de Ochoa é uma entidade genética rara, de herança autossômica recessiva, caracterizada por uma disfunção miccional grave associado a uma expressão facial peculiar, com anormalidades da mímica facial ao esboçar um sorriso, conhecido como sorriso invertido. As manifestações de disfunção miccional, podem iniciar precocemente na infância, podendo evoluir com quadro de obstrução funcional do trato urinário inferior, refluxo vesico ureteral, levando a infecções recorrentes do trato urinário com deterioração da função renal. Objetivos: Criança, sexo feminino, 10 anos de idade, com história de infecções urinárias de repetição desde o 1° ano de vida. Admitida por quadro de febre há 5 dias associado à sonolência e lombalgia. Foram coletados exames que mostraram alterações significativas da função renal, com acidose metabólica grave, anemia e hipercalemia. Após a estabilização clínica inicial, foi realizado ultrassonografia do aparelho urinário que evidenciou ureterohidronefrose bilateral, com sinais de nefropatia parenquimatosa bilateral, espessamento de parede vesical, debris no interior da bexiga e resíduo pós miccional significativo. Relatou apresentar certo esforço durante a micção, queixa não valorizada pela familia. Dessa forma, foi solicitado a passagem de sonda vesical de demora e iniciado antibioticoterapia para tratamento de infecção do trato urinário. Após o tratamento do quadro infecioso, foi prosseguida a investigação com a realização de uretrocistografia miccional, estudo urodinâmico e cintilografias renais, revelando uma bexiga de esforço, refluxo vesicoureteral grau V a direita, além de um prejuízo bilateral da função renal. Durante o internamento, foram identificadas alterações na mímica facial ao tentar sorrir, esboçando uma fácies de choro, com inversão da comissura labial, o que levou ao diagnóstico de Síndrome Urofacial de Ochoa. A paciente foi submetida a ampliação vesical com confecção de mitrofanoff e instituído tratamento com cateterismo vesical intermitente e Oxibutinina, evoluindo com melhora significativa da função renal. Metodologia: Resultados: O caso reportado é uma representação característica dos principais achados da Síndrome Urofacial, visto que a paciente apresentava infecções urinárias de repetição, disfunção do hábito vesical e alterações típicas na mímica facial. Nesse caso, o diagnóstico ocorreu de forma tardia com o surgimento de sintomas ligados à redução importante da função renal. Entretanto a identificação precoce das características singulares da síndrome de Ochoa, como a alteração da mímica facial e a sua ligação com uma uropatia subjacente, poderiam ser capazes de mudar este cenário ao favorecerem o diagnóstico precoce. Conclusão: É importante o conhecimento das manifestações clínicas da Síndrome Urofacial de Ochoa, visto que a detecção precoce do quadro em questão pode ser crucial para reduzir a morbidade oriunda da possível deterioração da função renal presente na evolução natural da doença.

RESULTADOS CLÍNICOS E OPERACIONAIS DA IMPLEMENTAÇÃO DE UM GRUPO DE NEFROLOGIA PEDIÁTRICA HOSPITALAR EM UM HOSPITAL PRIVADO

EDUARDO FREITAS HATANAKA (UNIFESP/HOSPITAL SAMARITANO/HOSPITAL DA LUZ), MARIANA GRIEBELER ROCKENBACH (HOSPITAL SAMARITANO/HOSPITAL DA LUZ), CARLOS AUGUSTO M. PORTO (HOSPITAL SAMARITANO/HOSPITAL DA LUZ), LUIZA FERREIRA DOMINGUES (HOSPITAL SAMARITANO/HOSPITAL DA LUZ), BRUNA DUQUE DE A. BRAGA (HOSPITAL SAMARITANO/HOSPITAL DA LUZ), LUIZ FERNANDES NETO (HOSPITAL DO RIM E HIPERTENSÃO/HOSPITAL DA LUZ), JULIANA RIBAS TCHALIAN (HOSPITAL DA LUZ), HANNAH AYUMI TAKASU (INSTITUTO DA CRIANÇA/HOSPITAL DA LUZ), CAROLINE CORONADO DE ALBUQUERQUE (HOSPITAL DA LUZ), JESSICA ZAMBELLI (HOSPITAL DA LUZ), SIMONY GOMES ALVES (HOSPITAL DA LUZ), RENATO SPOSITO DI D. CORRÊA (HOSPITAL DA LUZ), PAULO CESAR KOCH NOGUEIRA (UNIFESP/HOSPITAL SAMARITANO), MARIA FERNANDA C. DE CAMARGO (HOSPITAL SAMARITANO)

Introdução: A injúria renal aguda (IRA) e outras afecções nefrológicas representam desafios significativos no ambiente hospitalar. Objetivos: Descrever os resultados clínicos e operacionais da implementação de um grupo de nefrologia pediátrica hospitalar em um hospital privado no município de São Paulo. Metodologia: Estudo retrospectivo e observacional, baseado na coleta de dados de prontuários de pacientes acompanhados pela equipe de nefrologia no período de junho de 2024 a fevereiro de 2026. As variáveis analisadas incluíram o número total de pacientes avaliados, as principais indicações de avaliação, a frequência de indicação para terapia renal de suporte (TRS) e as modalidades dialíticas empregadas. Adicionalmente, foram avaliados desfechos clínicos, como complicações infecciosas, evolução para cronicidade e taxas de mortalidade. Resultados: No período descrito, a equipe de nefrologia realizou 1.683 avaliações, envolvendo 244 pacientes, com predomínio do sexo masculino (59,8%), média de idade de 2,7 anos, sendo 35,2% de neonatos. As principais indicações de avaliação nefrológica foram: IRA – 56%, infecções do trato urinário (ITU) / anomalias congênitas dos rins e trato urinário (CAKUT) – 24%, condições glomerulares (principalmente síndrome nefrótica) – 11,3%, hipertensão arterial sistêmica – 5%, distúrbios hidroeletrolíticos – 2,2% e outras situações – 1,5%, observando-se uma mediana de 3 avaliações por paciente (2 – 6,7). Houve necessidade de terapia renal de suporte (TRS) em 48 pacientes, resultando 367 dias-paciente de tratamento dialítico. A distribuição das modalidades dialíticas mostrou predominância da diálise peritoneal (DP), que correspondeu a 326 dias (88%), seguida pela hemodiálise (HD) convencional com 30 dias (9%) e pela hemodiafiltração venovenosa contínua (CVVHF) com 11 dias (3%). Foram registrados apenas dois episódios de peritonite. A taxa de mortalidade entre os pacientes com IRA que necessitaram de TRS foi de 52%. Destaca-se que 65,2% dos pacientes que necessitaram de TRS tinha cardiopatias congênitas complexas como comorbidade primária. Houve necessidade crônica de TRS em dois casos: uma lactente portadora de doença renal policística autossômica recessiva e uma paciente pré-escolar com síndrome nefrótica córtico-resistente. Uma paciente encontra-se em hemodiálise e acompanhamento devido a um quadro de doença renal aguda em contexto de nefrite intersticial aguda. Conclusão: Foi demonstrada complexidade e a demanda assistencial inerentes à estruturação de um serviço de nefrologia pediátrica hospitalar. A atuação do grupo demonstrou-se abrangente, englobando desde avaliações de rotina até o manejo de diferentes modalidades de TRS em uma população que se estende do período neonatal à adolescência. As taxas de mortalidade observadas nos pacientes com IRA e necessidade de TRS, predominantemente cardiopatas, alinham-se aos dados epidemiológicos reportados na literatura científica nacional, refletindo a gravidade intrínseca dessa subpopulação.

Palavras-chave: NEFROLOGIA HOSPITALAR. IMPLEMENTAÇÃO. RESULTADOS CLÍNICOS. RESULTADOS OPERACIONAIS. PEDIATRIA

SINDROME DE ANTICORPO ANTI-FOSFOLÍPIDE (SAAF) CATASTRÓFICA APÓS USO DE ELTROMBOPAG – RELATO DE CASO.

RICARDO FERREIRA SANTOS (HOSPITAL SÃO DOMINGOS), RODRIGO PALACIO AZEVEDO (HOSPITAL SÃO DOMINGOS), ANA LUCIA GUTERRES DE ABREU SANTOS (HOSPITAL SÃO DOMINGOS), BARBARA LIMA RIBEIRO (HOSPITAL SÃO DOMINGOS), YURI LOPES NASSAR (HOSPITAL SÃO DOMINGOS), ANDREIA COIMBRA SOUSA GOMES (HOSPITAL SÃO DOMINGOS), GYL EANES BARROS SILVA (HOSPITAL SÃO DOMINGOS)

Introdução: O Eltrombopag é um agonista do receptor de trombopoietina (TPO-RA). Atua mimetizando a ação da TPO natural, ligando-se ao domínio transmembrana do seu receptor, para estimular a proliferação e diferenciação de megacariócitos na medula. É indicado como coadjuvante no tratamento da Purpura Trobocitopênica Imunológica (PTI) e da Anemia Aplástica Severa. O objetivo desse estudo foi relatar um caso de uma adolescente de 17 anos, com o diagnóstico prévio de PTI, que desenvolveu SAAF catastrófica com Lesão Renal Aguda dialítica após uso de Eltrombopag Objetivos: Internada em outubro de 2025 em um hospital público com menorragia e púrpura. Na época plaquetas 5.000/mm3. Investigação realizada durante a internação foi compatível com PTI. Submetida à pulsoterapia com metilprednisolona e administração de imunoglobulina Humana com recuperação da contagem plaquetária e acompanhamento ambulatorial, quando passou a receber Eltrombopag. Reinternada em janeiro de 2026, em hospital privado, com dor abdominal, hipertensão arterial e náuseas. Exames revelaram anemia (hb=7,2 g/dl) com presença de esquizócitos, plaquetas 60.000 mm, DHL =1061 (<214), Reticulócitos=4,5% (<2,2%), Coombs Direto e indireto (-), TTPA prolongado 61,5 (< 38,5s), FAN e anti-DNA (-), frações de complemento normais, Creatinina =6,0 mg/dl (<1,1), EAS com proteinuria (+) e hematúria (+++), D-Dímero = 4040 mcg/ml (<500). Durante a internação, evoluiu com oligoanúria e acidose metabólica, trombose de veia umeral direita e achados tomográficos sugestivos de infarto pulmonar. Foi iniciado hemodiálise (TRS), anticogulação plena e devido à presença de esquizócitos em lsangue periférico, foi realizada investigação para MAT, que demonstrou atividade de ADAMTS-3 normal, Anticardiolipina IgM (-), IgG: (+) 53 U/ml (<40), Anticoagulante lúpico = (+) 2,2 (<1,2), Anticorpos anti-Beta-2 glicoproteina IgG: (+) 12 Ul/ml (<10) IgM (+) 11 Ul/ml (<10), padrão considerado triplo positivo para SAAF. Biópsia renal revelou glomérulos com alterações isquêmicas "bloodless", mesangiólise, trombos de fibrina, padrão compatível com MAT, além de extensa necrose tubular aguda. Administrado pulsoterapia com metilprednisolona, sessões de plamaferese, imunoglobulina Humana e rituximabe. Teve alta no inicio de março de 2026 com creat=2,5 mg/dl, em uso de warfarin.. Metodologia: Resultados: Antes de iniciar Eltrombopag, recomenda-se a triagem para anticorpos antifosfolípides devido ao risco já documentado na literatura de ocorrência de MAT e eventualmente SAAF catastrófica, condição potencialmente fatal. Conclusão: No presente caso houve evolução satisfatória, a que os autores atribuem ao diagnóstico e tratamento precoces, que incluiu a suspensão da droga envolvida, suporte dialítico, anticoagulação, plasmaferese, corticoterapia, imunoglobulina e rituximab.

Palavras-chave: MICROANGIOPATIA TROMBÓTICA. LESÃO RENAL AGUDA. ANTICORPOS ANTI-FOSFOLÍPIDES

SÍNDROME DE BARTTER: CARACTERIZAÇÃO DE UMA COORTE EM UM CENTRO UNIVERSITÁRIO ÚNICO

ISABEL GOULART FONSECA (UNIFESP), CAROLINA DIAS AZEVEDO (UNIFESP), ANA LAURA OLIVEIRA SILVEIRA (UNIFESP), CRISTIANA UYEDA DO AMARAL (UNIFESP), HELOISA ROSSIGNOLI BIZARRO MENDES (UNIFESP), JESSICA BIDURIN PICOLO (UNIFESP), MAYARA MELLO DOS SANTOS (UNIFESP), PAULO CESAR KOCH NOGUEIRA (UNIFESP), MARIA CRISTINA DE ANDRADE (UNIFESP), EDUARDO FREITAS HATANAKA (UNIFESP), MARTA LILIANE DE ALMEIDA MAIA (UNIFESP)

Introdução: A Síndrome de Bartter (SB), doença rara, de herança majoritariamente autossômica recessiva, é decorrente de defeitos na reabsorção de Na+, K+ e Cl- no ramo ascendente espesso da alça de Henle, cursando com ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona, hipocalemia e alcalose metabólica hipoclorêmica. Objetivos: O objetivo do estudo foi descrever a casuística de SB em um ambulatório de tubulopatias de um serviço universitário único. Metodologia: Estudo retrospectivo observacional de 15 pacientes pediátricos com diagnóstico de SB em um centro universitário único no período de 2001 à 2026. Foram analisados dados clínicos, antropométricos, laboratoriais, de imagem, audiometria e genótipo. Foram excluídos pacientes sem genotipagem. Resultados: 15 pacientes com predomínio no sexo masculino (66%) e mediana de idade atual de 16 anos (7,2 - 20,3). Mediana de idade ao diagnóstico de 10 meses (8,5 - 40,5 meses) e tempo de seguimento mediano de 12,5 anos (5,5 - 17,9). Variantes patogênicas foram identificadas em 14 pacientes: CLCNKB - 12 pacientes e BSND - 2 pacientes. A alteração molecular mais observada entre os pacientes com variantes em CLCNKB foi a deleção dos éxons 1 ao 20 e ambos os pacientes com alteração em BSND apresentavam a variante em homozigose (chr1:54.999.325 G>A). Nefrocalcinose ocorreu em 53,3% dos pacientes e alterações auditivas neurossensoriais em 3 pacientes - 2 pacientes com variantes em BSND e 1 paciente com ausência de variantes identificadas. Houve uma tendência à preservação da taxa de filtração glomerular estimada (TFGe), com mediana inicial de 128 ml/min/1,73 m2 (120 - 159) e no momento da última avaliação de 116 ml/min/1,73 m2 (91,5 - 148). 3 pacientes apresentaram TFGe compatível com estágio 2 de doença renal crônica na última avaliação. Observou-se tendência à melhora dos dados antropométricos entre os pacientes com menos de 10 anos na última avaliação: Z-score de peso para a idade (P/I) - mediana inicial = -5,42 (Q1: -6,1, Q3: -4,54) e final = - 2,88 (Q1: -4,29, Q3: -2,34) e escore Z de estatura para a idade (E/I) - mediana inicial = -4,21 (Q1: -4,43, Q3: -3,77) e final = - 2,98 (Q1: -4,11, Q3: -2,92). Todos os pacientes estão em uso de reposição de potássio - mediana de dose = 5,2 mEq/kg/dia (3,75 - 11,5) e espironolactona - mediana de dose = 3 mg/kg/dia (1,89 - 3,65). 73,3% dos pacientes estão em uso de anti-inflamatório - dose mediana de indometacina = 1,1 mg/kg/dia (0,96 - 1,65), 60% recebem reposição de magnésio, 20% de sódio e 13,3% bloqueadores do sistema renina-angiotensina-aldosterona. Conclusão: O predomínio do tipo 3 (CLCNKB), com maior frequência de deleção total (del 1-20) está de acordo com as publicações brasileiras prévias. Observou-se tendência de impacto positivo na evolução ponderal, entre os menores de 10 anos. A nefrocalcinose é frequente nos pacientes com SB e exige acompanhamento com exames de imagem. A genotipagem estratifica riscos e personaliza o tratamento na SB.

Palavras-chave: SÍNDROME DE BARTTER. TUBULOPATIA. PEDIATRIA. AVALIAÇÃO MOLECULAR

SÍNDROME DE DELEÇÃO 17Q12: VARIABILIDADE FENOTÍPICA

EDUARDO HENRIQUE DA CRUZ FERREIRA (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), JESSICA MAGDALIZ BÁEZ VELÁZQUEZ (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), RUBIA MOHR (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), EVELISE MARY TISSORI VARGAS (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), IDILLA FLORIANI (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), MARIA TERESA DOS SANTOS SILVA (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), LUIZZA GOMES DOS SANTOS CARVALHO (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), THIAGO MATNEI (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), KAREN PREVIDI OLANDOSKI (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), ANA PAULA PEREIRA DA SILVA (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), ERICA FRANCISCA POTRICH BORTOLANZA (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), DONIZETTI DIMER GIAMBERARDINO FILHO (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), LUCIMARY DE CASTRO SYLVESTRE (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE)

Introdução: A Síndrome de deleção 17q12 pode estar associada a mutações no fator nuclear de hepatócitos-1 beta (HNF1B), importante para o desenvolvimento dos rins, fígado, vias biliares, pâncreas e trato urogenital. Quando ocorre uma variante anormal no HNF1B pode ocorrer alterações estruturais renais, neurológicas e diabetes. Genes adjacentes ampliam o espectro fenotípico, explicando a variabilidade clínica que pode variar de achados discretos a quadros graves. Objetivos: Caso 1: masculino, na eco pré-natal havia achado de doença renal multicística e oligodrâmnio grave. Nascido de parto cesáreo, 35+ 5 semanas, Apgar 7/8, alta em 48h sem orientações em relação ao diagnóstico de base e sem encaminhamentos. Evoluiu com dificuldade de sucção, desnutrição, aos 20 dias de vida, sendo identificada alteração da função renal. Encaminhado a Hospital terciário para acompanhamento pela Nefrologia. A ultrassonografia confirmou rim multicístico direito e hipoplásico à esquerda. Teve piora progressiva da função renal, iniciando diálise peritoneal com 1 mês e 7 dias. Na evolução diagnosticado com hidrocefalia, necessitando derivação ventrículo-peritoneal com 3 meses. Manteve distúrbios hidroeletrolíticos como hiponatremia, hipocalcemia e hipomagnesemia, sem recuperação da função renal. Exoma aos 5 meses confirmou deleção 17q12. Caso 2: masculino, início de acompanhamento aos 4 anos de idade por cistos renais e hipótese inicial de esclerose tuberosa. Acompanhamento regularizado aos 9 anos. Queixa recorrente de dor abdominal, mantinha ecografia com rins de tamanhos normais e cistos. Hipomagnesemia persistente, com necessidade de reposições endovenosa. Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e evoluiu com Diabetes mellitus. CGH Array aos 13 anos confirmou deleção 17q12. Caso 3: feminino, acompanhamento iniciado por múltiplos pequenos cistos renais detectados no pré-natal. Tinha má adesão sendo reencaminhada por hipertensão arterial aos 13 anos. Durante acompanhamento visto atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e hipomagnesemia. Exoma aos 15 anos de idade mostrou deleção 17q12. Metodologia: Resultados: Os casos evidenciam heterogeneidade clínica, com predomínio de alterações renais e comprometimento do neurodesenvolvimento. Distúrbios eletrolíticos, sobretudo hipomagnesemia, foram achados relevantes e contribuíram para a suspeita diagnóstica em 2 casos. O Diabetes mellitus, presente em um dos casos, pode surgir tardiamente. Conclusão: A Síndrome de deleção 17q12 cursa com alterações renais, endócrinas e neurológicas. A hipomagnesemia persistente pode representar pista diagnóstica importante nesses pacientes. O diagnóstico molecular genético elucida a etiologia, orienta intervenções precoces e estrutura acompanhamento multidisciplinar. O seguimento longitudinal e a descrição de casos são fundamentais para ampliar o entendimento das diversas apresentações clínicas.

SÍNDROME DE LOWE: DESCRIÇÃO DE CASUÍSTICA DE EM UM SERVIÇO UNIVERSITÁRIO

MAYARA MELLO DOS SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), JESSICA BIDURIN PICOLO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), HELOISA ROSSIGNOLI BIZARRO MENDES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), ISABEL GOULART FONSECA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), ANA LAURA OLIVEIRA SILVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), CRISTIANA UYEDA DO AMARAL (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), CAROLINA DIAS AZEVEDO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), MARTA LILIANE DE ALMEIDA MAIA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), EDUARDO FREITAS HATANAKA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), MARIA CRISTINA DE ANDRADE (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), PAULO CESAR KOCH NOGUEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO)

Introdução: A Síndrome de Lowe (SL), ou oculocerebrorenal, é uma doença genética rara ligada ao cromossomo X, caracterizada por manifestações oculares, neurológicas e renais. É causada por variantes no gene OCRL (Xq26.1), que codifica uma enzima importante no metabolismo de fosfoinositídeos. Clinicamente, manifesta-se pela tríade de catarata, déficit neurológico e disfunção tubular proximal, frequentemente evoluindo para doença renal crônica (DRC). É descrita uma grande heterogeneidade nas variantes no gene OCRL e a correlação genótipo-fenótipo ainda é pouco elucidada. Objetivos: Este estudo visa descrever a casuística de pacientes com SL em um serviço universitário. Metodologia: Estudo descritivo, retrospectivo, baseado na análise de dados demográficos, clínicos, laboratoriais, antropométricos e genéticos de pacientes com diagnóstico de SL. Foram excluídos os pacientes sem avaliação genotípica. Resultados: Foram incluídos 6 pacientes do sexo masculino, com idade mediana ao diagnóstico de 2,3 anos (IQ: 1,9 - 3,3), mediana de seguimento de 9,2 anos (IQ: 4,7 - 17,7) e mediana de idade atual de 10,3 anos (IQ: 5,7 - 18). Nenhum paciente apresentava história de consanguinidade, sendo a maioria de origem latino americana. As manifestações clínicas comuns a todos foram catarata congênita, hipotonia e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Nefrolitíase e nefrocalcinose foram observadas em 33% dos casos. Metade dos pacientes apresentava glaucoma e um paciente evoluiu com amaurose. Entre as principais alterações adicionais, foram observados: epilepsia (33%), redução de massa óssea e histórico de fraturas (33%), criptorquidia (33%), hipertensão arterial sistêmica (16,6%) e síndrome mielodisplásica (33%). Na avaliação laboratorial, verificou-se tendência à preservação da função renal no período de acompanhamento (mediana – Taxa de filtração glomerular estimada [TFGe] inicial = 139 ml/min/1,73m2 [IQ: 131 - 150] e TFGe final = 110 ml/min/1,73m2 [IQ: 103 - 113]). O acompanhamento nutricional evidenciou déficit pôndero-estatural persistente, com mediana do escore Z para peso/idade variando de -2,07 a -2,36 e para estatura/idade de -3,51 a -3,99. No que se refere às variantes, foram descritas as seguintes alterações: nonsense (n = 2), frameshift (n=1), splice-site (n=1), missense (n=1) e duplicação intragênica (n = 1), sem correlação com os achados clínicos e laboratoriais. Conclusão: O estudo evidencia a complexidade e a natureza multissistêmica da SL, com predomínio de acometimento neurológico, oftalmológico e renal. Foram observadas diferentes variantes no gene OCRL, sem relação com o fenótipo clínico-laboratorial. Os achados reforçam a necessidade de acompanhamento multidisciplinar contínuo desses pacientes e demonstram a complexidade da relação genótipo-fenótipo nessa condição.

Palavras-chave: TUBULOPATIAS. LOWE. SÍNDROME DE LOWE. GENÉTICA

SÍNDROME DE PRUNNE BELLY: UMA SÉRIE DE CASOS

ANA LUCIA GUTERRES DE ABREU SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃ), SAMIRA MARTINA BORGES SOARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃ), RICARDO FERREIRA SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃ)

Introdução: A síndrome de prune belly (SPB) é uma condição rara, caracterizada pela ausência ou hipoplasia da musculatura abdominal, malformações do trato urinário e criptorquidia bilateral. Está associada a altas taxas de morbimortalidade entre recém-nascidos e lactentes, especialmente naqueles com oligodrâmnio severo e consequentemente complicações pulmonares e prematuridade. Há escassez de estudos sobre o curso dessa condição a médio e longo prazo entre aquelas crianças que sobrevivem ao período perinatal Objetivos: Descrever a evolução de crianças com SBP acompanhadas em um ambulatório especializado. Metodologia: Foram incluídos todos os pacientes com SPB acompanhados em um ambulatório de nefrologia pediátrica de um Hospital Universitário no período entre setembro de 1998 e dezembro de 2024. Realizou-se a análise individual dos prontuários, utilizando-se uma ficha-protocolo contendo informações sobre dados demográficos, achados nos exames laboratoriais e imagenológicos, além dos tratamentos cirúrgicos instituídos. Resultados: Foram identificados sete casos, todos nascido a termo. A idade média do início do acompanhamento ambulatorial foi de 4 meses e o tempo médio de seguimento foi de 10,5 (±7,74) anos. O diagnóstico antenatal de certeza da SPB foi realizado em somente um caso (1/7) e todos tinham hidronefrose bilateral (7/7) antes do parto. Na ecografia pós-natal esta alteração anatômica foi observada em 6/7 dos pacientes, 1/7 tinha hidronefrose unilateral, 4/7 dilatação ureteral associada e todos os 7 tinham espessamento vesical. Havia criptorquidia bilateral em 6/7 e unilateral em 1/7. Refluxo vesicoureteral foi observado em 4/7. A cintilografia estática identificou cicatrizes renais em 4/7 das crianças e duas delas tinham atrofia renal unilateral severa. Alterações extra-genitourinárias foram identificadas em 3/7 (42,85%) dos casos. Orquidopexia e abdominoplastia foram realizadas em 5/7 (71,42%) e 4/7 (42,85%) dos pacientes, respectivamente e a vesicostomia em 4/7 (42,85%). Todos os pacientes apresentaram episódios de infecção urinária durante o periodo de seguimento (7/7) e dois se mantiveram hipertensos (2/7). Houve um óbito aos 3 meses de idade (1/6). Ao final do acompanhamento, dos cinco pacientes em que foi realizada a estimativa do ritmo de filtração glomerular, três foram classificados como estagio 1, um estagio 2 e um estagio 3 da doença renal crônica. Conclusão: os resultados obtidos apontam que o diagnóstico antenatal de SPB ainda é de difícil suspeição e que as crianças que sobrevivem ao período perinatal, certamente os casos menos graves com melhor função renal antenatal, nascidos a termo, sem complicações pulmonares, aparentemente tem um bom prognóstico a médio prazo se acompanhados em serviços especializados

Palavras-chave: SÍNDROME DE PRUNE BELLY. DOENÇA RENAL CRÔNICA. HIDRONEFROSE

SÍNDROME HEMOFAGOCITICA COMO COMPLICAÇÃO DE SHU: RELATO DE CASO EM ESCOLAR NO RIO DE JANEIRO

MARIA LAURA ALVES (HFB), JAQUELINE LEAL (HFB), RAFAELLA FARIA (HFB), PEDRO NOGUCHI (HFB), SIMONE COLLOPY (HFB), NATHALIA RIBEIRO (HFB), MARIANNA IMPAGLIAZZO (HFB), FLAVIA TUZZATO (HFB), FERNANDA CARVALHO (HFB), AMANDA ROCHA (HFB), MARINA VIOLA (HFB), ANNE LOUISE DE OLIVEIRA (HFB)

Introdução: A síndrome hemolítico-urêmica (SHU) caracteriza-se pela tríade de anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e injúria renal aguda (IRA). Frequentemente associa-se a complicações secundárias a infecções entéricas, devido ao seu principal agente patogênico ser a bactéria Escherichia coli. Uma complicação rara mas bastante letal relacionada a SHU é a síndrome hemofagocítica (SHF), ou linfo-histiocitose hemofagocítica (HLH), caracterizada por uma condição hiperinflamatória resultante da ativação descontrolada do sistema imune que ativa de forma excessiva os macrófagos. Estes, por sua vez, fagocitam células sanguíneas. A associação entre SHU e SHF é rara e seu diagnóstico precoce é essencial para um desfecho clínico favorável. Objetivos: Paciente ACF, sexo feminino, 5 anos, previamente hígida, admitida com quadro de diarreia sanguinolenta e prostração após viagem recente. Evoluiu com anemia hemolítica microangiopática, plaquetopenia e IRA, progredindo rapidamente para anúria com necessidade de hemodiálise. Durante a internação apresentou febre persistente, rash cutâneo e hepatomegalia, associados à piora do estado geral. Exames laboratoriais evidenciaram elevação de LDH e presença de esquizócitos em sangue periférico. Diante da persistência de febre e citopenias, foi realizado mielograma que evidenciou hemofagocitose. Associado a hiperferritinemia e achados clínico-laboratoriais compatíveis, estabeleceu-se o diagnóstico de síndrome hemofagocítica secundária. Realizada biópsia com nefrite cronica tubulo-intersticial acentuada em atividade com discreta fibrose e proporcional atrofia tubular, rico em macrofagos ativados, sindrome hemofagocitica com manifestação renal. Iniciado então, tratamento com dexametasona conforme protocolo HLH-2004, com melhora clínica progressiva, resolução da febre e recuperação gradual da função renal, possibilitando suspensão da terapia dialítica. Metodologia: Resultados: A SHF pode ocorrer como consequência de infecções, doenças autoimunes, neoplasias ou condições inflamatórias graves. Em pacientes com SHU, achados como: febre persistente, citopenias e hepatomegalia devem levantar suspeita para SHF associada. Por ser uma condição rara e potencialmente fatal, seu reconhecimento precoce e intervenção imediata são fundamentais para um desfecho clinico favorável. Conclusão: A associação entre síndrome hemolítico-urêmica e síndrome hemofagocítica é rara, porém potencialmente grave. Em pacientes com SHU que evoluem com febre A identificação dessa sobreposição é fundamental, devendo ser suspeitadas em caso de citopenias inexplicadas como a da paciente do caso pois a evolução pode ser rapidamente fatal sem tratamento imunossupressor adequado. O diagnóstico precoce pode ser determinante para intervenção terapêutica oportuna e melhor prognóstico como no caso descrito em que a paciente recuperou função renal (ureia: 31mg/dL, creatinina: 0,6mg/dL) em uso apenas de enalapril para controle pressórico.

Palavras-chave: SÍNDROME HEMOLÍTICO-URÊMICA. LINFO-HISTIOCITOSE HEMOFAGOCÍTICA. INJÚRIA RENAL AGUDA.HIPER-INFLAMAÇÃO

SÍNDROME HEMOLÍTICO-URÊMICA ATÍPICA ASSOCIADA A VARIANTES NO GENE C3 EM PACIENTES PEDIÁTRICOS: RELATO DE DOIS CASOS

LAÍS SANDOVAL LOUREIRO (COMPLEXO HOSPITALAR DE NITERÓI/CHN - REDE AMÉRICAS), JOSE GUILHERME BARBOSA LEITE (CHN DE NITERÓI - REDE AMÉRICAS), GUSTAVO GUIDA GODINHO DA FONSECA (REDE DASA), CHRISTINE TAMAR VIEIRA BARREIRO (CHN - REDE AMÉRICAS), DANIELLE PLUBINS BULKOOL (CHN - REDE AMÉRICAS), FERNANDA TEIXEIRA DE PAIVA VIEGAS (CHN - REDE AMÉRICAS), LARISSA COSTA PEREIRA PESSIN (CHN - REDE AMÉRICAS), NATHASSIA DE PAULA SOUSA DE SÁ (CHN - REDE AMÉRICAS), FERNANDA KOCH SARMIENTO GOMES (CHN - REDE AMÉRICAS), CAIO DE ARAÚJO SILVA (CHN - REDE AMÉRICAS), ANA CLAUDIA SILVA GUADAGNO (CHN - REDE AMÉRICAS), MURIEL MACEDO PINHEIRO DA FONSECA (CHN - REDE AMÉRICAS), PRISCILLA AGUIAR DE ARAUJO (CHN - REDE AMÉRICAS)

Introdução: A síndrome hemolítico-urêmica atípica (SHUa) é uma microangiopatia trombótica (MAT) rara associada à desregulação da via alternativa do complemento. Diferente da forma típica associada à infecção por Escherichia coli produtora de toxina Shiga, a SHUa apresenta etiologia heterogênea frequentemente relacionada a variantes genéticas em proteínas reguladoras do complemento. O diagnóstico precoce é fundamental para o manejo e definição de prognóstico. Relatamos dois casos de SHUa submetidos à investigação genética acompanhados em um hospital. Objetivos: Caso 1: Paciente feminina, 1 ano e 1 mês, previamente hígida, admitida com palidez, hematomas, petéquias e hematúria com dois dias de evolução. Os sintomas iniciaram após infecção viral por Coxsackie, evoluindo com anemia hemolítica microangiopática confirmada pela presença de esquizócitos em lâmina de sangue periférico, trombocitopenia e injúria renal aguda (IRA), sem necessidade de terapia renal substitutiva. Apresentou instabilidade hemodinâmica, sendo necessária hemotransfusão. História familiar paterna positiva para SHUa e exclusão de causas secundárias, incluindo pesquisa de toxina Shiga e avaliação de ADAMTS13. Foi iniciado plasma regular e administrado eculizumabe, obtido por doação externa, 48h após internação hospitalar (IH). Observou-se rápida melhora laboratorial e segunda dose realizada no décimo dia de IH. A investigação genética identificou variante patogênica no gene C3 (c.3470T>C), segregada em pai, avó e tio paterno. Caso 2: Paciente masculino, 11 meses, admitido com febre, vômitos, hematúria e oligúria com 48 horas de evolução. Exames laboratoriais demonstraram anemia hemolítica, trombocitopenia e disfunção renal, com MAT confirmada em lâmina. Painel viral positivo para COVID-19. Sem história familiar de SHUa. Foram afastadas causas secundárias, incluindo infecção por E. coli produtora de toxina Shiga e atividade normal de ADAMTS13. Evoluiu com síndrome nefrótica e necessidade de reposição de albumina. Eculizumabe, também por doação externa, foi administrado no sexto dia de IH, com melhora clínica e laboratorial. A investigação genética evidenciou variante de significado incerto no gene C3 (c.3341C>T) segregada em mãe. Metodologia: Resultados: A SHUa está frequentemente associada a alterações genéticas em proteínas reguladoras do complemento. O gene C3 desempenha papel central na ativação do sistema complemento. Variantes em C3 podem levar à ativação desregulada da via alternativa do complemento, mecanismo fisiopatológico central da SHUa, o que justifica a utilização de terapias direcionadas ao bloqueio do complemento, como o eculizumabe. Os casos apresentados reforçam a importância da suspeita clínica diante da tríade: anemia hemolítica MAT, trombocitopenia e IRA na ausência de infecção por toxina Shiga. Conclusão: O reconhecimento precoce da SHUa e a investigação genética são fundamentais para o manejo clínico adequado e prognóstico, colaborando na confirmação diagnóstica e no aconselhamento familiar.

Palavras-chave: SHUA. SÍNDROME HEMOLÍTICO-URÊMICA ATÍPICA. MICROANGIOPATIA TROMBÓTICA. VARIANTE. GENE C3.

SÍNDROME NEFRÓTICA CONGÊNITA ASSOCIADA A INFECÇÃO POR CMV - UM CASO DE DIFÍCIL MANEJO

CAMILA CAVALCANTE DE QUEIROZ SANTOS (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN), GABRIELA SILVA TELES (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN), RAFAEL AVELINO LUCAS (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN), KATHIA LILIANE DA CUNHA RIBEIRO ZUNTINI (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN), ADRIANNA BARROS LEAL DANTAS (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN), JULIANA DUARTE ROSSI (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN), FLÁVIA DIAS SILVEIRA (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN)

Introdução: A síndrome nefrótica congênita (SNC) caracteriza-se por proteinúria maciça de início até três meses de vida, sendo predominantemente de origem genética. Em países em desenvolvimento, causas infecciosas, como a sífilis e o citomegalovírus (CMV), são relevantes. Contudo, a detecção de CMV não exclui etiologia genética, que deve ser investigada, especialmente na ausência de resposta ao ganciclovir. Objetivos: Lactente de 1 mês e 15 dias, previamente hígido, nascido a termo, foi admitido com quadro gripal, evoluindo com cianose e rebaixamento do nível de consciência, sendo levantada hipótese de equivalente convulsivo. À avaliação laboratorial, evidenciou albumina 1,2g/dl, ureia 11 mg/dl, creatinina 0,1 mg/dl, relação proteína e creatinina urinária 60,7, cálcio 5,9 mg/dl, fósforo 9,3 mg/dl, colesterol total 100, triglicerídeos 238,46, TSH 8,5, T4L 0,82. Diagnosticada síndrome nefrótica, apresentou sorologia positiva para CMV (IgM e IgG) e PCR sérico elevado (188.713 cópias em 10/12/25). Iniciado ganciclovir em 18/12/25, associado à reposição de albumina e diuréticos. Investigação materna afastou infecções gestacionais. Evoluiu com infecção por rinovírus, anasarca, oligúria e edema agudo de pulmão, necessitando intubação e transferência para UTI em 28/12/25, além de terapia renal substitutiva com diálise peritoneal a partir de 29/12/25. Apresentou instabilidade hemodinâmica, uso de drogas vasoativas e peritonite fúngica, sendo tratada com micafungina e retirada do cateter. Devido a infecções graves, evidenciaram-se baixos níveis de imunoglobulinas, iniciando reposição semanal. Evoluiu com melhora clínica, recuperação da função renal e redução da carga viral de CMV (553 cópias em 24/02/26), porém mantendo proteinúria nefrótica. A biópsia renal visualizou lesão por imunocomplexos em remissão. Aguarda painel genético para SNC. Segue em tratamento com ganciclovir e cuidados junto a equipe de nefrologia pediátrica. Metodologia: Resultados: A SNC é uma condição rara, caracterizada por proteinúria, hipoalbuminemia e edema, geralmente de origem genética decorrente de mutações em proteínas da barreira de filtração glomerular, como nefrina e podocina. No Brasil, a infecção por sífilis congênita é uma das principais causas de SNC secundárias à infecção. A associação com o CMV também já é bem descrita na literatura, embora seus mecanismos não sejam totalmente esclarecidos - podendo envolver lesão viral direta ou resposta imune mediada. O diagnóstico do CMV é feito por detecção de DNA viral por PCR e o ganciclovir mostra-se ser eficaz no tratamento, Ausência de resposta sugere etiologia genética. Formas genéticas não respondem à imunossupressão, sendo o transplante renal a terapia curativa. Conclusão: A SNC, embora rara, deve ser considerada em lactentes com edema, hipoalbuminemia e proteinúria em níveis nefróticos. Em populações com alta prevalência de infecções congênitas, como no Brasil, é essencial a pesquisa com sorologias e culturas, para o diagnóstico precoce de demais etiologias e melhores intervenções.

Palavras-chave: SÍNDROME NEFRÓTICA CONGÊNITA. CITOMEGALOVÍRUS.

SÍNDROME NEFRÓTICA CONGÊNITA GRAVE SECUNDÁRIA AO CITOMEGALOVÍRUS COM REMISSÃO COMPLETA

GEOVANKA SAID (HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA), SHEILA NOBREGA (HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA), ENAIRA ROCHA (HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA), ISABEL PAZ (HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA)

Introdução: A síndrome nefrótica congênita é uma condição rara e potencialmente grave, frequentemente associada a etiologias genéticas e a evolução desfavorável. Entretanto, causas infecciosas, como a infecção por citomegalovírus, constituem etiologias potencialmente reversíveis, com importantes implicações prognósticas. Objetivos: Paciente do sexo feminino apresentou quadro de edema progressivo com quinze dias de vida, evoluindo com hipoalbuminemia, proteinúria em faixa nefrótica, hipercolesterolemia, anasarca e insuficiência renal aguda associada à hipervolemia, necessitando de terapia renal substitutiva. A investigação etiológica inicial não evidenciou alterações, incluindo painel genético para síndrome nefrótica congênita negativo e sorologias maternas e da paciente negativas. Foi realizada biópsia renal para definição da etiologia que demonstrou síndrome nefrótica congênita secundária à infecção por citomegalovírus. A paciente evoluiu com múltiplas complicações infecciosas e necessidade de terapia renal substitutiva. Após tratamento de suporte associado à pulsoterapia com corticosteroides, apresentou remissão completa com cerca de um ano após o diagnóstico, mantendo normalização sustentada da albumina sérica, ausência de proteinúria e função renal preservada, sem recaídas durante seguimento prolongado. Metodologia: Resultados: Este caso demonstra que a síndrome nefrótica congênita secundária ao citomegalovírus pode apresentar curso inicial grave, com necessidade de terapia renal substitutiva, mas com potencial de reversão completa. A exclusão de etiologia genética foi determinante para o prognóstico favorável. Conclusão: O reconhecimento precoce dessa etiologia permite melhor definição terapêutica e prognóstica. Este relato reforça que, mesmo em apresentações graves, formas infecciosas podem evoluir com recuperação plena da função renal, destacando a importância de investigação etiológica abrangente.

SÍNDROME NEFRÓTICA CORTICORRESISTENTE: A IMPORTÂNCIA DA BIOPSIA RENAL NO DIAGNÓSTICO E ORIENTAÇÃO DO TRATAMENTO

MARIA FERNANDA CARVALHO DE CAMARGO (HOSPITAL SAMARITANO HIGIENÓPOLIS), CRISTINA LUCIA HENRIQUES (HOSPITAL SAMARITANO HIGIENÓPOLIS), SIMONE VIEIRA (HOSPITAL SAMARITANO HIGIENÓPOLIS), LUCIANA DE SANTIS FELTRAN (HOSPITAL SAMARITANO HIGIENÓPOLIS), PAULO CESAR KOCH NOGUEIRA (HOSPITAL SAMARITANO HIGIENÓPOLIS)

Introdução: A Síndrome Nefrótica idiopática corticorresistente é um grande desafio na prática clínica devido a etiologia diversa, falta de resposta a outros imunossupressores e possibilidade de complicações graves como infecções, evolução para doença renal crônica e recorrência após transplante renal. Objetivos: Paciente 13 anos, sexo feminino, iniciou em março de 2025 com quadro de aumento de peso (7kg) e edema bipalpebral. Realizado diagnóstico de alergia, sendo orientado o uso de desloratadina e prednisolona 20mg/dia (5 dias). Evoluiu com edema de membros inferiores, face e abdome, além de percepção de urina espumosa. Procurou pronto socorro, onde foram colhidos exames: creatinina 0.5mg/dl, uréia 43mg/dl, proteína total 4.9g/dl, albumina 1.2g/dl, globulina 3.7g/dl. Optado pela internação com hipótese de Síndrome Nefrótica. Proteinúria de 24hs: 11.6 gramas/24hs, confirmando o diagnóstico. Iniciado uso de infusão endovenosa de albumina. No terceiro dia de internação evoluiu com piora da função renal (creatinina:1.30mg/dl e uréia: 77mg/dl), oligoanúria. Foi realizado biopsia renal e iniciado pulsoterapia com metilprednisolona (3 dias) seguida de prednisona (60mg/dia). Após 2 dias evoluiu com anúria, piora do padrão respiratório e necessidade de oxigenoterapia, derrame pleural bilateral, sendo iniciada hemodiálise convencional. A biopsia renal inicial mostrou lesões podocitárias leves com apagamento difuso de pedicelos, imunofluorescência (IF) negativa. Solicitado Exoma, que mostrou-se negativo Manteve-se oligoanúrica (diurese 100ml/dia), com necessidade de hemodiálise diária, após 6-7 semanas de corticoterapia. Amostra isolada de proteinúria/creatinina urinária= 84.98. Optou-se, então pela realização de nova biopsia renal, para prognóstico e orientação terapêutica. Segunda biopsia renal: total de 18 glomérulos. 2 com glomeruloesclerose segmentar e focal, sem alterações em interstício e vasos, IF negativa. Com esse resultado, optou-se pelo uso de medicações imunossupressoras. Iniciado tacrolimus, rituximabe (até o momento 3 doses) e micofenolato, posteriormente. Em agosto de 2025 (após 4 meses do início da hemodiálise) iniciou com aumento progressivo da diurese e melhora da função renal, o que permitiu a suspensão da hemodiálise (12/08/2025). Mantém-se até o momento sem necessidade de diálise (creatinina 0.44mg/dl, uréia 23 mg/dl, proteína/creatinina= 1). Atualmente em uso de micofenolato, tacrolimus suspenso em janeiro de 2026. Metodologia: Resultados: A biopsia renal é um procedimento seguro, com poucas complicações quando realizada por um profissional experiente. Em nosso caso mostrou-se fundamental na decisão sobre o tratamento com imunossupressor, pois tratava-se de um rim viável e sem sinais de cronicidade. Isso motivou a introdução de outras medicações, além do corticóide. Conclusão: Apesar da introdução do uso de testes genéticos na Síndrome Nefrótica, a biopsia renal ainda tem um lugar de destaque no diagnóstico e prognóstico da doença, além de guiar o tratamento específico.

Palavras-chave: SINDROME NEFRÓTICA CORITCORRESISTENTE. BIOPSIA RENAL

SÍNDROME NEFRÓTICA CORTICOSSENSÍVEL EM GÊMEOS MONOZIGÓTICOS: IMPACTO DA EXPOSIÇÃO TERAPÊUTICA NO CRESCIMENTO LINEAR

VICTORIA CAROLINE PAGELKOPF (HCFMRP - USP), PATRICIA AYUMI NUNES YAMADA (HCFMRP - USP), INALDA FACINCANI (HCFMRP - USP), IVAN COELHO MACHADO (HCFMRP - USP)

Introdução: Síndrome nefrótica (SN) idiopática da infância tem como primeira linha de tratamento os corticosteroides (CS). A classificação baseia-se na resposta terapêutica, considerada corticossensível quando há remissão em até seis semanas. Apesar da eficácia no controle da doença, a exposição prolongada ou recorrente aos CS está associada a efeitos adversos relevantes, como o comprometimento do crescimento linear. Esse fenômeno é multifatorial, envolvendo desde a atividade da doença até efeitos diretos dos CS sobre o metabolismo ósseo e eixo GH-IGF1. Evidências sugerem que a carga cumulativa de tratamento influenciam significativamente esse desfecho. Objetivos: Dois casos de SN corticossensível em irmãos gêmeos monozigóticos, nascidos com 36 semanas, sem intercorrências neonatais e sem história familiar de SN. Ambos apresentavam comprimento de 42 cm (Z score -2). Gemelar 1 (G1) nasceu com peso de 2.090 g e o gemelar 2 (G2) com 2.225 g. O G1 apresentou início da doença aos 1 ano e 4 meses, com edema generalizado, proteinúria em faixa nefrótica e função renal preservada, além de sorologias negativas. Foi tratado inicialmente com CS por seis semanas, sem resposta, sendo realizada pulsoterapia com metilprednisolona, com remissão após a quinta dose, no período de confirmação, considerado então corticosensivel tardio. Evoluiu com múltiplas recidivas e dependência de CS, necessitando introdução de ciclosporina para controle. O gemelar 2 (G2) iniciou o quadro sete meses após, aos 1 ano e 11 meses, com resposta à CS em seis semanas. Apresentou apenas uma recidiva, com boa resposta ao tratamento e sem necessidade de terapia poupadora até o momento. Após o diagnóstico, ambos apresentaram desaceleração da velocidade de crescimento. No entanto, o G1 evoluiu com queda do percentil 10 para abaixo do percentil 3 de estatura, enquanto o G2 manteve-se próximo ao percentil 50. Ambos permaneceram eutróficos ao longo do acompanhamento. Metodologia: Resultados: A comparação entre gêmeos monozigóticos permite controlar fatores genéticos e ambientais, destacando a influência do tempo de exposição à doença e ao tratamento. Nesse contexto, as diferenças observadas sugerem influência da carga cumulativa de exposição aos CS no comprometimento do crescimento. O G1, com início mais precoce, maior número de recidivas e necessidade de terapias intensificadas, apresentou pior evolução antropométrica. Em contraste, o G2, com menor exposição terapêutica, manteve padrão de crescimento preservado. Esses achados reforçam o papel da exposição aos CS como fator modificável nesse desfecho. Conclusão: Diferenças na exposição cumulativa aos corticosteroides impactam significativamente o crescimento linear em pacientes com SN corticossensível. Os achados reforçam a importância do monitoramento antropométrico rigoroso e da adoção de estratégias terapêuticas que minimizem a exposição aos corticosteroides, com o objetivo de preservar o crescimento e a qualidade de vida dessas crianças.

Palavras-chave: SINDROME NEFRÓTICA. GÊMEOS MONOZIGÓTICOS. CORTICOESTERÓIDES. CRESCIMENTO

SÍNDROME NEFRÓTICA DE INÍCIO RECENTE EM ADOLESCENTE APÓS IMUNIZAÇÃO: RELATO DE CASO

MATHEUS PESSOA DA COSTA (UNINORTE), ANA PAULA BATISTA PESSOA (HOSPITAL DA CRIANÇA), JOSÉ EDUARDO CLAROS MERCADO (HOSPITAL DA CRIANÇA), RAYANE GONÇALVES DANTAS (HOSPITAL DA CRIANÇA), RUTH SILVA LIMA DA COSTA (UNINORTE), KELLY ALMEIDA MANGILI ()

Introdução: A síndrome nefrótica (SN) caracteriza-se por proteinúria em faixa nefrótica, hipoalbuminemia, edema e frequentemente hiperlipidemia, decorrentes de disfunção da barreira de filtração glomerular. Pode ocorrer de forma primária ou secundária a doenças sistêmicas, infecções, neoplasias ou exposição a fármacos. Nos últimos anos, relatos isolados descreveram início ou recidiva de SN temporalmente associados a imunizações. Apesar dessa associação descrita, tais eventos são raros e não há evidência epidemiológica que estabeleça relação causal direta. Este estudo relata um caso de síndrome nefrótica em adolescente com associação temporal à imunização, discutindo seus achados clínicos e laboratoriais. Objetivos: Adolescente do sexo masculino, 12 anos, previamente hígido, apresentou edema progressivo em face, abdômen e membros inferiores com evolução de cerca de três semanas. O quadro iniciou aproximadamente uma semana após imunizações recentes, inicialmente com edema discreto em membro inferior, evoluindo para edema bilateral e periorbitário, com posterior anasarca.Na admissão, encontrava-se em bom estado geral, afebril, com edema periorbitário e edema em membros inferiores (2+/4+). A função renal estava preservada. Os exames laboratoriais evidenciaram proteinúria em faixa nefrótica (>3 g/24h) e dislipidemia.Foi instituído tratamento com diuréticos, albumina e posteriormente prednisolona, com melhora progressiva do edema. Devido à persistência de proteinúria, realizou-se biópsia renal, que mostrou arquitetura glomerular preservada e imunofluorescência negativa, compatível com doença por lesões mínimas. O paciente apresentou evolução clínica favorável durante a internação. Metodologia: Resultados: A síndrome nefrótica na infância é predominantemente idiopática, sendo a doença por lesões mínimas o padrão histológico mais frequente. Caracteriza-se por disfunção dos podócitos, levando ao aumento da permeabilidade da barreira de filtração glomerular e proteinúria maciça. Fatores desencadeantes podem atuar em indivíduos suscetíveis, como infecções, medicamentos e estímulos imunológicos.Relatos recentes descrevem casos de síndrome nefrótica após imunizações, especialmente no contexto da vacinação contra SARS-CoV-2. Contudo, esses eventos são raros e não há evidência de relação causal direta.No caso apresentado, a associação temporal com a imunização sugere possível fator desencadeante. A biópsia renal foi compatível com doença por lesões mínimas e a boa resposta à corticoterapia reforça o prognóstico geralmente favorável dessa condição. Conclusão: A síndrome nefrótica associada temporalmente à imunização é um evento raro e geralmente apresenta boa evolução com tratamento convencional. O caso destaca a importância da investigação adequada diante de edema e proteinúria em crianças e adolescentes. Entretanto, a associação temporal não estabelece causalidade e não modifica as recomendações de vacinação, que continuam sendo fundamentais para a saúde pública.

SÍNDROME NEFRÓTICA E ACIDENTE COM ARANHA: UMA FATALIDADE

ROXANA ROQUE FONTES SILVA (AMIP: ASSISTÊNCIA MÉDICA INFANTIL DA PARAÍBA / UFPB: UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), LAURA ROQUE FONTES SILVA (FAMENE: FACULDADE NOVA ESPERANÇA), JOHNATA FRANCISCO SANTOS FERREIRA (UFPB: UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), KEMUEL OLIVEIRA MACHADO (UFPB: UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA)

Introdução: Acidentes com aranha são relativamente frequentes no Brasil. Os acidentes com aranhas do gênero Loxosceles são os mais comuns dentre aqueles que evoluem com necrose da área atingida. Essa necrose acontece porque o veneno contém enzimas (esfingomielinase D) que causam destruição da pele, inflamação intensa e lesão vascular local. Existe ainda uma forma mais rara e mais grave chamada cutâneo-visceralnque caracteriza-se por hemólise, insuficiência renal e febre. Síndrome nefrótica caracteriza-se por proteinúria maciça, hipoalbuminemia, dislipidemia e edema generalizado. Sabe-se que o edema pode ser de grande monta, levando a acúmulo de grande quantidade de liquido no interstício, fato este que facilita a disseminação / distribuição do veneno da aranha, tornando o lesão potencialmente mais grave que em um individuo sem esta alteração. Objetivos: Menina, 3 anos e 4 meses, com diagnostico de síndrome nefrótica corticossensível há 7 meses. Na vigência de um episódio de descompensação, a menor, que residia no sertão da Paraíba, sofreu acidente com aranha. A genitora descrevia a aranha como pequena e de cor acinzentada. A aranha não foi vista por nenhum profissional de saude. Após o acidentes, começou a aparecer vermelhidão, bolhas grandes e escurecimento da pele do abdome. Associado ao quadro, surgiu febre e diminuição da diurese e, posteriormente, queda da função renal. A paciente fez uso de antibióticos e corticoide. Foram feitos debridamentos da grande área afetada, com evolução parcialmente satisfatória. Apesar das medidas tomadas, houve complicações infeciosas, choque, insuficiência renal. Após 34 dias, a paciente faleceu. Metodologia: Resultados: No Brasil, ocorrem cerca de 40 a 50 mil acidentes por aranha por ano. Na maioria dos casos, esses acidentes são classificados como leves. A mortalidade é muito baixa, menos de 0,1% na maioria dos relatos. Por que a evolução desta paciente foi insatisfatória? Acredita-se que o edema generalizado da síndrome nefrótica facilitou a disseminação do veneno, provocando lesões mais profundas, mais graves e mais extensas. Além disso, a doença renal preexistente aumentou a vulnerabilidade aos efeitos do veneno, corroborando para a instalação da insuficiência renal. O uso de imunossupressão e a própria doença de base tornou a paciente mais propicio a instalação de infecção secundaria e disseminação, evoluindo para choque. Conclusão: Apesar de acidentes com aranhas serem comuns no Brasil e, na maioria dos casos, ter evolução satisfatória, a associação com síndrome nefrótica muda o cenário, podendo evoluir negativamente. Pacientes nefróticos são mais frágeis e mais vulneráveis a complicações. Dessa forma, deve-se orientar as famílias e pacientes portadores dessa doença a terem cuidados redobrados e ficarem atentos aos locais onde habitam.

Palavras-chave: SÍNDROME NEFRÓTICA. ARANEISMO. INSUFICIÊNCIA RENAL.

SÍNDROME NEFRÓTICA E MONOARTRITE ASSOCIADAS À INFECÇÃO AGUDA PELO VÍRUS EPSTEIN-BARR EM LACTENTE: RELATO DE CASO

PAULA MARIA BERNARDES CAMARGOS (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)), VERA MARIA SANTORO BELANGERO (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)), LUIZA KOHMANN SALVONI (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)), LILIANE CURY PRATES (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP))

Introdução: O Vírus Epstein-Barr (EBV) é um agente comum na infância, frequentemente cursando de forma subclínica ou como mononucleose infecciosa. Manifestações renais (como nefrite tubulointersticial ou síndrome nefrótica) e o acometimento articular com monoartrite são complicações raras. Objetivos: Paciente do sexo masculino, 1 ano e 10 meses, previamente hígido, iniciou quadro de febre e sintomas respiratórios, evoluindo com otite média aguda supurada bilateral e exantema. Foi inicialmente tratado com amoxicilina e clavulanato. Durante a internação hospitalar, apresentou oligúria, hipertensão arterial, edema e ganho ponderal de 2,5 quilogramas. O paciente também desenvolveu artrite monoarticular no joelho esquerdo com derrame articular contendo debris à ultrassonografia, sendo tratado empiricamente com múltiplos esquemas antibióticos. Os exames laboratoriais confirmaram o quadro de síndrome nefrótica (SN), com hipoalbuminemia, dislipidemia e proteinúria em nível nefrótico, além de elevação de creatinina sérica e oligúria. O hemograma revelou linfocitose com presença de linfócitos atípicos, sugerindo etiologia viral. A investigação diagnóstica excluiu infecções por dengue, COVID-19, influenza e etiologias bacterianas, com hemoculturas negativas. Marcadores reumatológicos (FAN e ASLO) foram não reagentes e os níveis de C3 e C4 estavam elevados, afastando quadros de glomerulonefrites pós-infecciosas clássicas. O diagnóstico de infecção aguda pelo EBV foi estabelecido pela sorologia, com IgM e IgG reagentes. O paciente recebeu tratamento de suporte, sem corticoterapia, apresentando resolução completa da SN e normalização da pressão arterial e função renal em consultas subsequentes. Prosseguiu com seguimento com equipe de nefrologia pediátrica. Metodologia: Resultados: O caso relatado ilustra uma apresentação atípica de uma infecção viral. O dano renal em pacientes pediátricos com infecção aguda por EBV tem incidência estimada em 7%, manifestando-se por hematúria, proteinúria e edema. A fisiopatologia pode envolver lesão renal direta ou mediada por deposição de imunocomplexos e ativação de linfócitos T no tecido renal. O acometimento articular é atípico, sendo a monoartrite uma manifestação rara da modulação imunológica viral. Os exames reumatológicos e níveis de complemento normais auxiliaram na exclusão de doenças sistêmicas autoimunes e glomerulonefrite pós-infecciosa clássica. Conclusão: Embora comum na infância, a infecção pelo EBV pode desencadear complicações multissistêmicas graves, incluindo síndrome nefrótica e disfunção renal aguda. O reconhecimento dessa associação é fundamental para o manejo clínico, evitando intervenções invasivas em quadros autolimitados e garantindo o seguimento nefrológico adequado.

SOBREVIDA DO ENXERTO EM TRANSPLANTES RENAIS PEDIÁTRICOS: COORTE HISTÓRICA COM 1.000 TRANSPLANTES

ALINE CAMPANI RODRIGUES (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), ALESSANDRA DORIGON DORIGON (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), RAPHAEL DE FREITAS BORGES (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), ROBERTA WEISHEIMER ROHDE (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), VIVIAN DO AMARAEL OLIVEIRA (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), DUFAYS DANITH VELÁSQUEZ LOPERENA (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), MARINA ANDRADE BIEHL (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), JESSICA DALBOSCO MULLER (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), VANDREA CARLA DE SOUZA (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), BARBARA MIGUIORINI NUNES (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), NICOLE BAIRROS SILVA (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), CLOTILDE DRUCK GARCIA (SANTA CASA DE PORTO ALEGRE)

Introdução: O transplante renal é considerado o melhor tratamento para crianças com doença renal crônica terminal, por proporcionar melhor sobrevida e qualidade de vida em comparação à diálise. A análise de grandes coortes é fundamental para avaliar o comportamento da sobrevida do enxerto. Objetivos: Analisar as características clínicas e a evolução da sobrevida do enxerto em uma coorte de transplante renal pediátrico acompanhada ao longo de quase cinco décadas em um centro de referência Metodologia: Corte retrospectiva com um total de 1000 pacientes entre 0 e 18 anos, submetidos a transplante renal realizado de 1977 a 2025.Foram analisadas diferenças de gênero, idade e etiologia da doença renal crônica. A sobrevida do enxerto e do paciente foi estimada pelo método de Kaplan-Meier, com cálculo de intervalos de confiança de 95%, sendo a sobrevida do enxerto censurada para óbito e ou taxa de filtração menor do que 15 ml/min/1, 73m2.O trabalho foi aprovado pelo comitê de ética, pelo CAAE número 89264825.7.0000.5335 Resultados: A análise de sobrevida do enxerto pelo método de Kaplan-Meier demonstrou melhora progressiva ao longo das décadas. Na década de 1980, a sobrevida foi de 72,5%, 40,0% e 30,0% em 1, 5 e 10 anos, respectivamente. Houve melhora na década de 1990 (93,6%, 74,4% e 54,4%) e bons resultados nos anos 2000 (90,9%, 77,5% e 68,8%). A década de 2010 apresentou os melhores desfechos, com sobrevida de 91,8%, 83,3% e 70,0%. Na década de 2020, observou-se sobrevida de 94,2% em 1 ano e 83,0% em 5 anos, sem análise em 10 anos devido ao curto seguimento. Em relação à idade, pacientes menores de 5 anos apresentaram menor sobrevida inicial (86,3%), porém melhor evolução em 10 anos (68,7%), enquanto pacientes maiores de 12 anos tiveram melhor sobrevida em 1 ano (93,6%) e menor em longo prazo (63,9%). Avaliando o tipo de doador verificamos que o doador vivo apresentou discreta vantagem em 1 ano (92,4% vs 90,5%), sem diferença relevante em 5 e 10 anos. Quanto à doença de base as anomalias do trato urinário apresentaram os melhores resultados em relação a sobrevida do enxerto (94,3%, 90,7% e 80,5%), enquanto os pacientes portadores de glomeruloesclerose segmentar e focal (53,4% em 10 anos) e os portadores de doença renal crônica de causa desconhecida 30,8% associaram-se a pior sobrevida Conclusão: Nesta coorte, observou-se melhora progressiva da sobrevida do enxerto ao longo das décadas, com resultados recentes comparáveis às grandes séries internacionais. As taxas de sobrevida em 1 e em 5 anos são semelhantes às coortes norte-americanas, conforme dados do registro NAPRTCS e do USRDS.Em longo prazo, a sobrevida em 10 anos aproxima-se dos dados internacionais, ainda que discretamente inferior aos melhores centros. Em comparação com centros europeus, como a coorte portuguesa de Cordinhã et al., os resultados foram semelhantes em médio prazo e ligeiramente inferiores em longo prazo.O impacto da idade, da doença de base e do tipo de doador foi semelhante ao descrito na literatura.

TERAPIA DE SUBSTITUIÇÃO RENAL NA INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA PÓS-CIRURGIA CARDÍACA PEDIÁTRICA: PERFIL CLÍNICO E DESFECHOS EM CENTRO QUATERNÁRIO

JESSICA DALBOSCO MULLER (HOSPITAL SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), MARIANA ANDRADE BIEHL (HOSPITAL SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), ALINE CAMPANI RODRIGUES (HOSPITAL SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), RAPAHEL DE FREITAS BORGES (HOSPITAL SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), ROBERTA WEISHEIMER ROHDE (HOSPITAL SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), VÍVIAN DO AMARAL OLIVEIRA (HOSPITAL SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), DUFAYS DANITH VELÁSQUEZ LOPERENA (HOSPITAL SANTA CASA DE PORTO ALEGRE), CLOTILDE DRUCK GARCIA (HOSPITAL SANTA CASA DE PORTO ALEGRE)

Introdução: A Insuficiência Renal Aguda (IRA) associada à cirurgia cardíaca é uma complicação nefrológica grave, com etiologia multifatorial que envolve desde a hipoperfusão renal por baixo débito cardíaco até os efeitos inflamatórios da circulação extracorpórea (CEC)e infecções[1,2]. Em neonatos e lactentes, a imaturidade renal exacerba a susceptibilidade a essa agressão. A necessidade de Terapia de Substituição Renal (TSR) nesse cenário não visa apenas o controle da uremia, mas é uma ferramenta crucial para o manejo da sobrecarga hídrica (SH), permitindo suporte nutricional precoce e otimização do desempenho miocárdico8308,. Objetivos: Avaliar as características clínicas dos pacientes que necessitam TSR após cirurgia cardíaca, além de determinar a incidência de IRA dialítica nesses pacientes Metodologia: Este estudo retrospectivo e observacional avaliou pacientes pediátricos submetidos à cirurgia cardíaca que necessitaram de TSR em um hospital quaternário. Foram incluídos pacientes de 0 a 18 anos com IRA e necessidade de TSR, excluindo óbitos pré-TSR e insuficiência renal terminal crônica. As variáveis analisadas incluíram tipo de cirurgia (escore RACHS-1)8309,, prematuridade, peso ao nascer, uso de drogas nefrotóxicas8311, e desfechos (diálise/óbito). O estudo teve aprovação do comitê de ética e pesquisa da instituição, com o número do CAAE 70987823.1.0000.5335. Resultados: Dos 56 pacientes que evoluíram para TSR, 37 (66%) eram de cirurgia cardíaca, com mortalidade de 64%. Em um total de 308 cirurgias cardíacas do ano de 2022, a incidência de TSR foi de 12%. A mediana de idade na internação foi de 0,1 mês, com maioria dos pacientes (54,1%) entre 0 e 7 dias de vida. A maioria dos bebês era a termo (67,6%) e tinha peso adequado ao nascer (59,4%). As cirurgias se concentraram nos níveis 3 (54,1%) e 6 (21,6%) de RACHS, indicando complexidade intermediária a alta. A exposição a nefrotoxinas foi baixa na amostra analisada, apenas 5,4% Conclusão: A alta mortalidade da amostra sugere a gravidade desses pacientes e a atenção necessária na prevenção da IRA no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Estudos futuros com amostras maiores e avaliação de outros fatores de risco são necessários para otimizar o cuidado perioperatório e melhorar os desfechos. A identificação de estratégias mais eficazes podem ser auxiliadas com a inclusão de dados sobre a função renal pré-operatória, tempo de circulação extracorpórea, uso de inotrópicos e biomarcadores precoces8310,

Palavras-chave: IRA. CIRURGIA CARDÍACA. TERAPIA DE SUBSTITUIÇÃO RENAL

TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA EM PACIENTES COM SÍNDROME DE PRUNE BELLY- CASUÍSTICA DE 25 ANOS

LUIZZA GOMES DOS SANTOS CARVALHO (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), EDUARDO HENRIQUE DA CRUZ FERREIRA (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), MARIA TERESA DOS SANTOS SILVA (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), KAREN PREVIDI OLANDOSKI (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), ANA PAULA PEREIRA DA SILVA (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), ERICA FRANCISCA POTRICH BORTOLANZA (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), LUCCA FELIPE LINS CAJAZEIRAS MACEDO CAMPOS (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), SARAH ANNE PACKER (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), EVELISE MARY TISSORI VARGAS (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), MARIANA FAUCZ MUNHOZ DA CUNHA (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), DENISE SIQUEIRA LEMOS (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), IDILLA FLORIANI (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), ROMILDA VIEIRA VARISTELO (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), DONIZETTI DIMER GIAMBERARDINO FILHO (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), LUCIMARY DE CASTRO SYLVESTRE (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE)

Introdução: A síndrome de Prune-Belly (SPB) é uma síndrome rara e se caracteriza pela ausência ou deficiência na musculatura abdominal associada a malformações do trato genitourinário. Além destas, também podem ser encontradas outras malformações (cardíacas, pulmonares, musculoesqueléticas, gastrointestinais). Na literatura, a maior parte dos casos ocorre no sexo masculino. A evolução para Doença Renal Crônica (DRC), com necessidade de algum tipo de terapia de substituição renal (TSR) quer seja diálise peritoneal (DP), hemodiálise (HD) ou transplante renal (TX) ocorre com maior frequência ainda na infância. Objetivos: Descrever o perfil de pacientes com Síndrome de Prune-Belly que necessitaram de TSR, acompanhados em um serviço de referência. Metodologia: Estudo retrospectivo e descritivo, onde foram avaliados os prontuários de todos os pacientes com diagnóstico de SPB em TRS entre os anos de 2000-2024 em centro único. O presente trabalho é um braço de um estudo maior aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição. Resultados: Entre janeiro de 2000 e dezembro de 2024, 15 pacientes com o diagnóstico de SPB necessitaram de TRS crônica. Dentre eles, 12 eram do sexo masculino (80%) e 3 do sexo feminino (20%). Treze pacientes fizeram diálise - 4 DP,4 HD e 5 fizeram ambas. Três pacientes (20%) não chegaram a fazer transplante renal, indo a óbito ainda em diálise. Dois indivíduos foram submetidos a transplante preemptivo.Cinco pacientes (33,3%) foram transferidos para serviços de adulto, sendo que 1 em HD, após a perda do enxerto renal e os outros 4 foram transferidos com enxerto funcionante. Um paciente evoluiu para óbito após o transplante renal por choque séptico. Quatro pacientes continuavam em seguimento no serviço ao término do período analisado, sendo 3 pós transplante renal e 1 paciente em DP. Conclusão: Apesar da SPB ser uma condição rara, foi possível acompanhar uma quantidade expressiva de pacientes no período. Ela foi mais prevalente no sexo masculino, porém foi observado um percentual maior no sexo feminino quando comparado a outros relatos, que descrevem a ocorrência em meninas em torno de 3-5% e, na nossa casuística, correspondeu a 20%. Embora o transplante preemptivo seja a melhor TSR,a maior parte necessitou algum tipo de diálise,concordando com dados de literatura que mostram que 86,6% fazem TSR antes de realizar o TX. Também é possível verificar que a DP é um tratamento factível apesar da alteração da musculatura abdominal, que poderia interferir na drenagem do líquido. Vinte e seis por cento dos pacientes foi a óbito ainda na faixa etária pediátrica, estudos anteriores, estimam que 30% dos pacientes que sobrevivem ao período neonatal desenvolvem DRC ainda na primeira infância, contribuindo para maior morbimortalidade, principalmente relacionada às comorbidades associadas.

Palavras-chave: SÍNDROME DE PRUNE-BELLY. TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA. DIÁLISE. TRANSPLANTE RENAL.

TRANSPLANTE EM PEDIATRIA: DESAFIOS NO CUIDADO DE CRIANÇAS TRANSPLANTADAS

LUCAS SOLANO ARAÚJO DA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ), LAIS SOLANO ARAÚJO DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ), ANE HELLOISA SANTIAGO CARDOSO (FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ), BRENDA TUANY PACHECO DIAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ)

Introdução: O transplante de órgãos é considerado uma das principais estratégias terapêuticas para crianças com doenças crônicas em estágio terminal, especialmente na insuficiência renal, hepática e cardíaca. Na pediatria, o transplante representa não apenas uma alternativa de sobrevida, mas também uma possibilidade de melhora significativa no crescimento, desenvolvimento e qualidade de vida Objetivos: Analisar os principais aspectos clínicos, terapêuticos e os desafios relacionados ao transplante em pacientes pediátricos Metodologia: Trata-se de uma revisão de literatura, de caráter descritivo e qualitativo, realizada a partir da busca sistematizada de artigos científicos publicados entre os anos de 2020 e 2026. As bases de dados consultadas incluíram PubMed/MEDLINE, SciELO, Lilacs Resultados: Os estudos analisados evidenciam que o transplante renal pediátrico é o tratamento de escolha para crianças com doença renal terminal, proporcionando melhora significativa na sobrevida e qualidade de vida (Magalhaes et al., 2025). As taxas de sobrevida do enxerto têm aumentado nas últimas décadas, com índices superiores a 90% no primeiro ano pós-transplante (Corzo et al., 2026). Além disso, fatores como transplante com doador vivo e transplante pré-emptivo estão associados a melhores desfechos a longo prazo, no entanto, complicações como rejeição, infecções e eventos trombóticos ainda representam desafios relevantes (Al-Huniti et al., 2025). Apesar dos avanços, o transplante pediátrico ainda apresenta limitações importantes. A necessidade de imunossupressão contínua está associada a efeitos adversos significativos, incluindo maior risco de infecções e neoplasias. Além disso, fatores como adesão ao tratamento e transição do cuidado pediátrico para o adulto influenciam diretamente os desfechos a longo prazo (Order, Rodig, 2024). Assim, estratégias como doação intervivos e programas de transplante precoce têm sido apontadas como alternativas eficazes para melhorar os resultados clínicos. Conclusão: O transplante em pediatria constitui uma intervenção terapêutica essencial e eficaz, com avanços significativos nas últimas décadas, apesar disso, persistem desafios relacionados à disponibilidade de órgãos, complicações pós-transplante e necessidade de acompanhamento contínuo. O fortalecimento de políticas públicas, aliado ao avanço das terapias imunossupressoras e estratégias de cuidado integral, é fundamental para melhorar os desfechos e a qualidade de vida das crianças transplantadas.

Palavras-chave: TRANSPLANTE. PEDIATRIA. CUIDADOS

TRANSPLANTE RENAL EM ADOLESCENTE COM PLAQUETOPENIA GRAVE POR DOENÇA RELACIONADA AO GENE MYH9 - SÍNDROME DE FECHTNER

MARCELA SCHWARZ BICALHO (HCFMRP - USP), PATRICIA AYUMI NUNES YAMADA (HCFMRP - USP), IVAN COELHO MACHADO (HCFMRP - USP)

Introdução: Doença Eelacionada ao MYH9, condição rara de herança autossômica dominante, é caracterizada por trombocitopenia, macrocitose plaquetária e manifestações extra hematológicas: surdez neurossensorial, catarata e doença renal crônica (DRC). No contexto de progressão para terapia renal substitutiva (TRS) o manejo é desafiador devido ao risco hemorrágico. Objetivos: Paciente do sexo masculino, 14a, com mutação no gene MYH9, fenótipo de síndrome de Fechtner, apresentando trombocitopenia, catarata e DRC. Diagnóstico confirmado por método de sequenciamento de segunda geração que detectou a variante c.287C>T, p.(Ser96Leu) no éxon 2 do gene MYH9, em heterozigose. Evoluiu para DRC-5 e anúria aos 9a. Optou-se por diálise peritoneal, porém sem sucesso devido a cirurgias abdominais prévias incluindo enterectomia por enterocolite necrotizante. Iniciou hemodiálise (HD) em 2021 com evolução desfavorável por falha de acesso vascular e contraindicação de fístula arteriovenosa devido plaquetopenia crônica, permanecendo dependente de cateter em veia femoral. Realizado transplante renal (Tx), doador falecido de 44 anos, com creatinina inicial 0,7 e tempo de isquemia fria 16h30m, 5MM (2A2B1DR). O preparo pré e pós operatório foi baseado em suporte transfusional plaquetário para manutenção de níveis entre 50 e 100 mil na 1ª semana, até a retirada de dispositivos invasivos (SVD e dreno). Foram realizadas 14 aféreses de plaquetas, 2 em pré-operatório e as demais em pós operatório, sem complicações hemorrágicas. Última transfusão realizada no 12° pós-operatório. Evoluiu com DGF, manejado empiricamente pelo risco de sangramento em biópsia. Apresentou melhora inicial com suspensão de HD no 18° dia de Tx. Posteriormente, por manutenção de TFGE<30ml/min/1,73m² foi submetido a biópsia por radiologia intervencionista com diagnóstico de NTA sem rejeição. Evoluiu com melhora progressiva da função renal, possibilitando a retirada do cateter de HD com segurança. Está atualmente com 4 meses de Tx, creatinina de 1,7 e 3.000 plaquetas. Metodologia: Resultados: A doença por MYH9 representa desafio para procedimentos invasivos, entretanto, o Tx pode ser realizado com segurança mediante planejamento adequado, suporte transfusional e abordagem multidisciplinar semelhante ao observado no caso. Destaca-se o impacto clínico e social do Tx, em que observou-se melhora expressiva da qualidade de vida com retorno às atividades escolares, maior autonomia e redução da dependência de cuidados familiares, reforçando o benefício do procedimento não apenas em termos de sobrevida mas também de reabilitação global. Conclusão: Este relato reforça a importância do Tx em pacientes desafiadores, especialmente na presença de falha de acesso, proporcionando melhora significativa da qualidade de vida. Tais relatos contribuem para ampliação da evidência disponível na literatura quanto ao manejo e possibilidades terapêuticas de pacientes com contexto parecido.

Palavras-chave: TRANSPLANTE DE RIM. SÍNDROME DA PLAQUETA GIGANTE.

TUBERCULOSE RENAL DO ENXERTO DE DOADOR FALECIDO EM TRANSPLANTE RENAL PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO

LUANA SCHROEDER (HFB), ISABEL MAGLIAVACCA (HFB), RAFAELA GALLART (HFB), VINICIUS MARTINS DE SÁ (HFB)

Introdução: Receptores de transplante renal apresentam risco significativamente elevado de tuberculose devido à imunossupressão, podendo decorrer tanto de reativação de infecção latente quanto de transmissão derivada do doador. Esta última, embora rara, associa-se a diagnóstico desafiador e elevada morbidade, particularmente na população pediátrica. Objetivos: Paciente do sexo feminino, 12 anos, com doença renal crônica secundária à glomeruloesclerose segmentar e focal, submetida a transplante renal de doador falecido sem intercorrências. Evoluiu no pós-transplante com febre persistente, disúria, hematúria e dor abdominal, sendo iniciada antibioticoterapia empírica, sem resposta clínica. Houve progressão para disfunção do enxerto, culminando em transplantectomia. A análise histopatológica do enxerto confirmou tuberculose, sendo instituído tratamento específico, com evolução favorável. O caso sugere transmissão derivada do doador e destaca apresentação precoce, inespecífica e de alto impacto clínico no transplante renal pediátrico. Metodologia: Resultados: Em receptores imunossuprimidos, a tuberculose deve ser considerada diante de febre persistente e disfunção do enxerto, especialmente na ausência de resposta à antibioticoterapia empírica. Limitações na triagem de doadores e receptores, bem como nos métodos diagnósticos para infecção latente, contribuem para atraso diagnóstico e maior morbidade. A perda do enxerto reforça o impacto clínico da doença e a importância de investigação microbiológica direcionada e tratamento precoce. Esses achados destacam a necessidade de aprimoramento dos protocolos de rastreamento, biovigilância e comunicação entre centros transplantadores. Conclusão: A tuberculose renal do enxerto, embora rara, deve ser considerada no diagnóstico diferencial de febre e disfunção precoce do enxerto no transplante renal pediátrico, ressaltando a importância da vigilância clínica, da triagem adequada de doadores e do reconhecimento precoce para redução de morbidade e preservação de desfechos clínicos.

Palavras-chave: TRANSPLANTE RENAL. TUBERCULOSE. PEDIATRIA

TUBERCULOSE RENAL EM PEDIATRIA: RELATO DE CASO

LARISSA NAMIE YUAMI (FHEMIG), LILIAN MARTINS OLIVEIRA DINIZ (FHEMIG), CRISTIANE NAHAS LARA CAMARGOS (FHEMIG), ROBERTA GAZZI SALUM (FHEMIG)

Introdução: A Tuberculose (TB) pode ser causada por qualquer uma das 7 espécies do complexo Mycobacterium tuberculosis, sendo que a mais relevante é a M. tuberculosis. A TB primária, que ocorre logo após a infecção, é comum em crianças e imunossuprimidos. A TB extrapulmonar ocorre em torno de 20% dos casos de TB na infância, mas as formas mais comuns são a ganglionar e a meníngea. A TB urogenital é rara em crianças. Objetivos: Paciente, 12 anos, gênero masculino, previamente hígido, admitido no serviço devido a disúria, hematúria macroscópica e perda de 9Kg há 2 meses. Sem tosse, febre prolongada, contactantes com tosse crônica ou com diagnóstico de TB. Nesse período recebeu amoxicilina-clavulonato, sulfametoxazol-trimetroprim e ciprofloxacino, mas persistiu com os sintomas. Exame físico sem alterações. Exames laboratoriais: piúria estéril, hematúria, proteinúria subnefrótica e creatinina normal. Em ultrassonografia (US): abscessos em rim esquerdo, que foram confirmados na tomografia computadorizada de abdome, associados com espessamento da parede de ureter, da parede da pelve renal e parede vesical. Devido ao laudo sugestivo de TB, foram realizados exames de baciloscopia de lavado gástrico e teste rápido molecular (TRM) de lavado gástrico, ambos com resultado negativo. O diagnóstico de tuberculose foi confirmado por TRM na urina. O tratamento consistiu de Rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol por 6 meses. No seguimento evoluiu com resolução dos sintomas, mas com hidronefrose residual não-obstrutiva e atrofia cortical ao US de rim esquerdo, com exclusão renal à cintilografia. Metodologia: Resultados: As formas mais comuns de TB urogenital acometem o sistema coletor urinário. A ocorrência de lesões renais é menos comum e pode incluir ulcerações, formação de abscessos, acometimento perinefrético, necrose caseosa e calcificações, sendo mais comum o envolvimento unilateral. A doença não está associada com sintomas específicos inicialmente, podendo-se notar piúria e/ou hematúria como achados incidentais. À medida há progressão para acometimento da bexiga, sintomas como disúria, urgência, polaciúria e noctúria ocorrem em 50% dos casos. 40% desenvolvem dor lombar e hematúria macroscópica. Febre e perda de peso são relativamente raros. A evolução da TB urogenital é geralmente insidiosa, com período médio entre a infecção pulmonar e a manifestação clínica de 22 anos, com faixa etária típica de 20 a 40 anos, por isso é rara em crianças. Deve-se suspeitar em pacientes com manifestações clínicas e epidemiologia sugestivas. O diagnóstico é feito através de cultura para micobactérias e PCR (reação de cadeia de polimerase), além de exames radiológicos (US, TC e ressonância magnética). Os exames radiológicos são muito sugestivos da doença. Conclusão: A TB tem prevenção, diagnóstico e tratamento pelo Sistema Único de Saúde, mas o diagnóstico de tuberculose urogenital é frequentemente negligenciado, por isso um alto índice de suspeição é necessário.

Palavras-chave: TUBERCULOSE RENAL EM PEDIATRIA RELATO DE CASO

USO COMPASSIVO DE CICLOSSILICATO DE ZIRCÔNIO SÓDICO NO MANEJO DA HIPERCALEMIA REFRATÁRIA EM LACTENTE COM DOENÇA RENAL CRÔNICA SECUNDÁRIA A VÁLVULA DE URETRA POSTERIOR: UM RELATO DE CASO

DANIELLE BISPO VIEIRA ORTIZ (ICR - HC FMUSP), RAFAELA LOPES CARDOSO (ICR - HC FMUSP), ANA CATARINA LUNZ MACEDO (ICR - HC FMUSP), DÉBORA DE OLIVEIRA BATISTA (ICR - HC FMUSP), MARIA CLARA ROSA NASCIMENTO (ICR - HC FMUSP), ANDREIA WATANABE (ICR - HC FMUSP)

Introdução: O manejo da hipercalemia em neonatos e lactentes com doença renal crônica (DRC) é desafiador. A fisiopatologia envolve a baixa taxa de filtração glomerular (TFG) e imaturidade tubular renal, predispondo a distúrbios hidroeletrolíticos potencialmente fatais. O Ciclossilicato de Zircônio Sódico (CZS) é um novo quelante de potássio com perfil de segurança superior ao poliestirenossulfonato de cálcio (PCa) em adultos, no momento sendo estudado na população pediátrica. Objetivos: Recém-nascido masculino, IG de 37 semanas, diagnóstico pré-natal de válvula de uretra posterior (VUP), iniciou diálise peritoneal (DP) devido a K 5,9mEq/L no primeiro dia de vida (DV). Após 4 dias, evoluiu com perfuração intestinal, sendo submetido a rafia de cólon, troca de cateter de Tenckhoff (CT), e mantido em tratamento conservador, sendo reiniciada DP após 8DV. Foi transferido ao nosso serviço aos 17 DV, em DP, sem sonda vesical de demora (SVD), apresentando Cr 1,58mg/dL, K 7,0mEq/L, pH 7,49 e Bic 24,4mg/dL. Por disfunção do CT, foi manejado com bicarbonato de sódio (BICNa), PCa, e passagem de SVD. Aos 27 dias, com otimização do tratamento conservador, foi realizada fulguração da VUP e retirada do CT. Recebeu alta aos 35DV, com fórmula de baixo teor de potássio e água livre, somando oferta hídrica total de 244 ml/kg, PCa de 2,1g/kg/dia, BICNa de 6mEq/kg/dia, e cloreto de sódio de 2,3mEq/kg/dia. Após 12 dias da alta, apesar dos ajustes da PCa em até 4g/kg/dia, o lactente foi reinternado por K 6,0mEq/L, alcalose metabólica, e Ca >13mg/dL (Cai 7,35mg/dL). Diante da refratariedade em controlar os disturbios eletroliticos após 9 dias de internação, optou-se pelo uso compassivo de CZS, após consentimento livre e esclarecido dos pais, na dose inicial de 73 mg/kg/dia escalonada até 590mg/kg/dia, permitindo a suspensão do PCa. Atualmente com 6 meses de idade, mantém-se em tratamento conservador, TFG 14,7ml/min/1,73m2, poliúrico, com bom ganho de peso (peso Z -2,1, estatura Z -2,3) e bom controle metabólico, além da possibilidade de redução da dose de CZS para 160mg/kg/dia, e potássio estável em 5,4mEq/L. Metodologia: Resultados: O CZS é um quelante gastrointestinal altamente seletivo para potássio, com capacidade de ligação superior à das resinas poliméricas tradicionais e em estudo clínico de fase III em crianças. Devido ao uso corrente de PCa, o paciente relatado não poderia participar do estudo. O uso concomitante de CZS, contudo, permitiu o controle gradual da hipercalemia, o desmame do PCa, além de postergar o reinício de diálise. Apesar de necessitar de doses elevadas para o controle da calemia, não foram observados efeitos adversos gastrointestinais ou edema relatados na população adulta. Conclusão: O uso de CZS mostrou-se uma alternativa eficaz e segura a curto prazo no controle da hipercalemia no lactente DRC por uropatia, possibilitando manutenção em tratamento conservador. Embora estudos adicionais sejam necessários, este caso reforça o potencial benefício do CZS em pediatria.

Palavras-chave: HIPERPOTASSEMIA. DRC. RN. LACTENTE. CICLOSSILICATO DE ZIRCÔNIO SÓDICO. RESINAS DE TROCA CATIÔNICA

VALIDAÇÃO DE ESCORE DE RISCO ATRAVÉS DO SEU VALOR PREDITIVO NEGATIVO NO DIAGNÓSTICO PRECOCE DE DOENÇA RENAL CRÔNICA

ULLI ESTRELA MENDES (UNIFESP), JALINE BONETTI (UNIFESP), ROSANA FIORINI PUCCINI (UNIFESP), SIMONE BRASIL IGLESIAS (UNIFESP), LUCIANA SANTIS FELTRAN (HOSPITAL SAMARITANO), PAULO CESAR KOCH NOGUEIRA (UNIFESP)

Introdução: A Doença Renal Crônica (DRC) na população pediátrica representa um importante problema de saúde pública, especialmente por sua evolução silenciosa nas fases iniciais, o que dificulta o diagnóstico precoce. Nesse contexto, estratégias de triagem simples e de baixo custo tornam-se essenciais, particularmente na atenção primária à saúde. Objetivos: Validar um questionário de escore de risco para doença renal crônica (DRC) em crianças e adolescentes de baixo risco clínico, com ênfase na avaliação do seu valor preditivo negativo como ferramenta de triagem precoce. Metodologia: Estudo de campo realizado em ambulatório de Pediatria entre março e dezembro de 2025, incluindo indivíduos de 2 a 18 anos sem doenças crônicas ou investigação prévia de DRC, o questionário foi aplicado aos cuidadores e complementado por aferição da pressão arterial, avaliação antropométrica e análise de urina por fita reagente, sendo os casos de alto risco ou com alterações urinárias encaminhados para avaliação nefrológica. Resultados: Foram avaliados 81 pacientes, com discreto predomínio do sexo masculino e perfil clínico compatível com baixo risco, os modelos A e B apresentaram elevada concordância, alta especificidade de 88,5% e 86,9% e bom valor preditivo negativo (VPN) de 78,3% e 76,8, apesar de baixa sensibilidade de 25% e 20%. A maioria dos pacientes foi corretamente classificada como baixo risco, evidenciando boa capacidade do instrumento em excluir DRC em populações de baixa prevalência. Conclusão: Considerando-se que este VPN é o mais conservador possível, uma vez que todos os pacientes que foram considerados não normais foram classificados como DRC indeterminado, certamente o real VPN será superior à essa estimativa do presente trabalho quando exames forem feitos para afastar ou confirmar a DRC. O questionário mostrou-se útil como ferramenta de triagem inicial para afastar o risco de DRC em população pediátrica de baixo risco, com desempenho satisfatório do VPN, entretanto, não substitui métodos diagnósticos e sua validação deve ser ampliada com maior tamanho amostral e diferentes contextos clínicos.

Palavras-chave: DOENÇA RENAL CRÔNICA. PEDIATRIA. TRIAGEM. QUESTIONÁRIOS. PREVENÇÃO.