



16º CONGRESSO
BRASILEIRO DE
CLÍNICA MÉDICA 2021

EVENTO
HÍBRIDO
PRESENCIAL E VIRTUAL

6º Congresso Internacional de
Medicina de Urgência e Emergência

CAMPINAS - SP
08 A 11
DE OUTUBRO
2021

Apresentação Atípica de Macroadenoma Hipofisário Produtor de ACTH cursando com Hiperprolactinemia e Hipotireoidismo Central. Relato de Caso

Davi Ferreira Melo¹; Lara Beatriz de Melo Meneses²; Manuella Meneses Chaves³; Luísa Abero Valle⁴; João Pedro Rosal Miranda⁵
1. Centro Universitário UniFacid; 2. Centro Universitário INTA

Introdução/Fundamentos

A ressonância magnética (RM) de sela túrcica para pesquisa de adenomas hipofisários (AH) e outros tumores da região é essencial na investigação etiológica de hiperprolactinemia¹. O AH produtor de corticotrofina (ACTH) corresponde apenas a 2 a 6% das neoplasias hipofisárias. Os AH podem ocasionar ainda, hipotireoidismo central, cuja prevalência na população é de 1:80.000 habitantes². Descreveremos o caso e os desdobramentos pós operatórios (P.O) de uma paciente com macroadenoma hipofisário produtor de ACTH apresentando-se clinicamente com amenorreia e galactorreia e diagnosticado durante investigação de hiperprolactinemia e hipotireoidismo central.

Objetivos

Discutir os princípios gerais no manejo dos tumores neuroendócrinos para o clínico. Evidenciar a apresentação silenciosa de um AH produtor de ACTH, sem achados de doença de Cushing.

Descrição do Caso

L.S.O, sexo feminino, 39 anos, dirigiu-se à consulta ginecológica referindo amenorreia e galactorreia. Após detecção de hiperprolactinemia e hipotireoidismo central, foi encaminhada ao endocrinologista. Solicitou-se RM de sela túrcica que revelou lesão expansiva supraselar de 2,4 x 1,5 x 2,6 cm, com compressão quiasmática e contato com artéria carótida interna, compatível com AH. Apresentava também, à avaliação hormonal hipofisária, ACTH elevado e, à campimetria de confrontação, déficit visual bitemporal. A imunohistoquímica (IHQ) confirmou o diagnóstico de AH produtor de ACTH, porém silencioso devido ausência de achados clínico-laboratoriais de doença de Cushing. Após 6 meses da ressecção transfenoidal (RTE) do tumor, apresentou remissão das queixas visuais e de galactorreia, retorno do ciclo menstrual de forma irregular e, na RM 3 meses após P.O, imagem nodulariforme na metade esquerda da sela túrcica sem extensão supraselar de 1,2 x 1,2x 0,7 cm, com quiasma óptico livre, sugestivo de AH residual. ACTH sérico e níveis de prolactina com elevação discreta, mas com declínio relevante e demais hormônios normais.

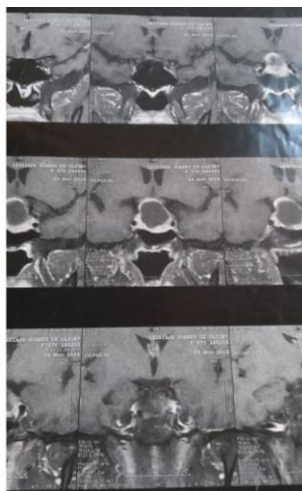


Figura 1. RM pré-operatória



Figura 2. RM pós-operatória

Conclusões/Considerações Finais

Diante de um AH, é necessário avaliar compressão tumoral do quiasma óptico pela campimetria de confrontação, dosagem hormonal do eixo hipofisário para analisar a sua função¹. Exceto o prolactinoma, a RTE é a intervenção de eleição para os AH, com taxas de sucesso médias de 62% para macroadenomas³. O objetivo é a reversão clínica e hormonal dos distúrbios endócrinos, com preservação visual e ausência de recorrências⁴.

Referências Bibliográficas

1. VILAR, Lucio et al. Pitfalls in the diagnostic evaluation of hyperprolactinemia. *Neuroendocrinology*, v. 109, n. 1, p. 7-19, 2019.
2. HUANG, Wenyu; MOLITCH, Mark E. Management of nonfunctioning pituitary adenomas (NFAs): observation. *Pituitary*, v. 21, n. 2, p. 162-167, 2018.
3. PIVONELLO, Rosario et al. The treatment of Cushing's disease. *Endocrine reviews*, v. 36, n. 4, p. 385-486, 2015.
4. BILLER, B. M. K. et al. Treatment of adrenocorticotropin-dependent Cushing's syndrome: a consensus statement. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, v. 93, n. 7, p. 2454-2462, 2008.