

Anna Bárbara Marcolin, Anne Ester Silva Ludovico
Rene Cesar Azzolini – Medicina – Pontifícia Universidade Católica do Paraná,
Especialista em clínica médica – Irmandade Santa Casa de Misericórdia Pr,
Especialista em endocrinologia – Universidade de São Paulo.

Título: Relato de caso: hiperprolactinemia com resolução após apoplexia.

Introdução: A hiperprolactinemia decorre do aumento sérico de prolactina (PRL). Trata-se do distúrbio hipotalâmico hipofisário mais comum e é causa frequente de hipogonadismo hipogonadotrófico adquirido, podendo estar relacionado a um macroprolactinoma. Os sintomas cursam com galactorreia, ginecomastia, disfunção erétil, diminuição de libido, infertilidade, osteoporose e ganho de peso, nos homens.

Objetivos: Descrever um caso de macroprolactinoma em paciente com anemia talassêmica e pan-hipopituitarismo, com resolução após apoplexia e tratamento farmacológico.

Delineamento e Métodos: Relato de caso.

Descrição do caso:

Paciente A.C., 49 anos, masculino, sacerdote, chega à consulta no endocrinologista devido a anemia e hipogonadismo, queixando-se de alteração tireoidiana, xerodermia, cabelo seco, constipação intestinal e astenia.

Relatou internação em unidade intensiva (UTI) há algumas semanas devido a hemorragia digestiva por conta de úlcera gástrica (HDA), confusão mental, cefaléia intensa e visão turva. Exames realizados na UTI revelaram PRL >200nl/mL, hormônio tireoestimulante (TSH) 5,21mU/L e T4 total 4,33ng/dL.

Ao exame físico, pálido, pressão arterial de 115/75 mmHg, estatura de 1,6 m, peso de 61,5 Kg e ausência de pelos no corpo. A campimetria demonstrou hemianopsia heterônima bitemporal.

Em retorno com exames, apresentou pan-hipopituitarismo – PRL 102nl/mL, testosterona 90ng/dL, TSH 5,19mU/L, T4livre 0,26ng/dL, hormônio foliculo-estimulante 0,31mUI/mL, hormônio luteinizante <0,1UI/mL, hormônio do crescimento 0,05ng/mL – e sela túrcica vazia em ressonância magnética (RM).

Instituiu-se tratamento com bromocriptina (por associar hiperprolactinemia secundária ao efeito haste), testosterona depot, levotiroxina, prednisona, somatropina, alendronato e cálcio com vitamina D.

Dadas a análise dos exames laboratoriais e RM com sela túrcica vazia, suspendeu-se a bromocriptina. Suspeitou-se de uma hiperprolactinemia secundária a um macroprolactinoma desde a juventude, com compressão do quiasma óptico que, após dois episódios de apoplexia, resultou em sela túrcica vazia. O fato justifica o quadro agudo de cefaleia, visão turva e confusão mental que apresentou há cerca de sete anos e após HDA.

Conclusões:

O quadro inicial de prolactinoma com hipogonadismo determinou a escolha sacerdotal e os relatos de ausência de fantasias sexuais. Com o tratamento de reposição hormonal, o paciente referiu melhora clínica geral, mas com reposição de

testosterona vivenciou uma puberdade aos 50 anos de idade, colocando em prova sua vocação.

Descritores: prolactinoma; apoplexia hipofisária; hipogonadismo.