

APOPLEXIA HIPOFISÁRIA COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO CLÍNICA DE MACROADENOMA HIPOFISÁRIO: RELATO DE CASO

Hugo Haran Souza Andrade, Danielli Regina da Silva, Beatriz Pires Ferreira, Beatriz Hallal Jorge Lara, Maria de Fátima Borges.

Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Disciplina de Endocrinologia e Metabologia.

Introdução: A apoplexia hipofisária (AH) se caracteriza por infarto hipofisário hemorrágico ou isquêmico, podendo acometer até 7% dos portadores de adenoma hipofisário, e causar hipopituitarismo. **Objetivos:** Descrever paciente que apresentou cefaleia intensa devido à apoplexia de um macroadenoma hipofisário (MAH), não conhecido previamente, causando hipopituitarismo. **Métodos e delineamento:** Os dados foram obtidos por revisão de prontuário médico e submetidos à revisão da literatura. **Descrição do caso:** Masculino, 32 anos, branco, deu entrada no Pronto Atendimento com história de cefaleia de forte intensidade, há 10 dias, contínua, em regiões frontal e biparietal, com foto e fonofobia, associada a episódios de vômitos, sem fatores de melhora. Negava lipotimia, crise convulsiva, perdas motoras ou alterações visuais. Tomografia computadorizada de crânio mostrou um nódulo sólido em sela túrcica medindo 1,5x1,2 cm, com degeneração cística/hemorrágica central, compatível com MAH e apoplexia em evolução. Não havia compressão do nervo óptico ou invasão óssea. Ressonância magnética de hipófise evidenciou lesão sólida-cística de 2 ml, com expansão supra-selar. Exames laboratoriais mostraram TSH 0,058mUI/L (VR 0,27-4,2), T4 livre 0,92ng/dL (VR 0,93-1,7), cortisol basal 0,57mcg/dL (VR 6,2-19,4), Prolactina 3,4 ng/mL (VR 4-15), testosterona 2,5ng/dL (VR: 249-836), FSH 1,24 mUI/mL (VR 1,5-12,4), LH 0,77mUI/mL (VR 1,7-8,6). Paciente evoluiu com diplopia e persistência da cefaleia, que melhoraram com uso de dexametasona endovenosa, que posteriormente foi substituída por prednisona oral. Diante do diagnóstico de hipopituitarismo, foram prescritos levotiroxina e programada a reposição androgênica após a alta hospitalar. **Considerações finais:** A AH clássica é uma doença aguda rara, que pode ocorrer espontaneamente nos MAH, inclusive de modo assintomático. Menos frequentemente, pode cursar com acometimento de pares cranianos, insuficiência adrenal aguda e até alteração do nível de consciência. As deficiências hormonais podem ser transitórias ou permanentes, e afetar a adeno e a neurohipófise. Hipocortisolismo e hipotireoidismo são, respectivamente, as disfunções endócrinas mais encontradas e devido ao risco de instabilidade hemodinâmica e hidroeletrólítica, a reposição de glicocorticoide é sempre anterior à de levotiroxina. Esse diagnóstico clínico deve ser sempre lembrado nos casos de suspeita de cefaleia de causa secundária.

Descritores: Macroadenoma hipofisário; apoplexia hipofisária; hipopituitarismo;