

**hea**

**fbpn**

**fmc**

---

**Serviço e Disciplina de Clínica Médica**

**Sessão Clínica- 09/09/2024**

**Auditório Honor de Lemos Sobral- Hospital Escola Álvaro Alvim**

**Orientador: Prof. Dr. Thiago Siqueira Chagas**

**Relatora: R2 - Dr<sup>a</sup> Maria Clara Eccard Faria**

**Debatedora: R1 - Dr<sup>a</sup> Luanna Cherene Almeida**

---

# Caso clínico

**Identificação:** 42 anos, sexo feminino, negra, casada, secretária, natural e residente de Campos dos Goytacazes.

**Queixa principal:** “estou tendo crises de pressão alta, desmaios e cansaço extremo.”

**HDA:** A paciente iniciou um quadro de emergência hipertensivas há aproximadamente seis meses, com picos hipertensivos importante, associados a episódios de lipotimia e alteração visual, que a levaram a três idas à emergência. Relata também cefaleia frequente, muitas vezes intensa e debilitante, especialmente nas manhãs, além de cansaço extremo que tem se intensificado com o tempo. Durante o atendimento de emergência, foi documentada hipotensão ortostática. Foi solicitada tomografia de crânio, porém sem achados significativos. Esses sintomas geraram preocupação e motivaram a investigação médica.

**Sintomas referentes a outros aparelhos:** Nega febre. Nega perda ponderal. Refere roncos noturno e engasgos (sono não reparador). Nega sintomas urinários ou intestinais.

# Caso clínico

---

**HPP:** A paciente tem diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica desde dezembro de 2022, sendo tratada com hidroclorotiazida (25 mg/dia) e losartana (50 mg/dia), embora refira não estar utilizando regularmente a medicação. Nega outras doenças crônicas prévias ou cirurgias importantes.

**História ginecológica:** A paciente refere amenorreia desde aproximadamente 2017, logo após a realização de laqueadura tubária. Ela também relata episódios de galactorreia intermitente ao longo desses anos. G3P3A0. Nega intercorrências obstétricas significativas.

**História familiar:** Tia materna com câncer de mama aos 50 anos. Mãe faleceu por causa externa. Pai faleceu devido a AVC (idade não informada). Dois irmãos e uma irmã saudáveis. Três filhos saudáveis.

**História social:** Reside em área urbana, em casa com boas condições de saneamento. Nega etilismo, tabagismo, uso de drogas ilícitas.

# Exame físico

---

Ectoscopia: Protrusão frontal, aumento do diâmetro bizigomático, prognatismo, e aumento do espaçamento entre os dentes (diastema).

Mucosas: Macroglossia evidente, com sulcos profundos na língua. Aumento da gengiva e dos lábios.

Extremidades: Pele espessa. Aspecto oleoso e sudoreico.

Campimetria por confrontação: Sem alteração.

ACV: RCR 2T BNF sopro sistólico em foco aórtico e mitral / PA deitada: 160x100 mmHg. PA em pé: 130x80 mmHg

AR: MVUA, sem ruídos adventícios. SatO<sub>2</sub>: 97% em ar ambiente.

ABD: flácido, depressível, discreto desconforto a palpação em hipocôndrio direito, sem visceromegalias palpáveis, peristalse presente, sem sinais de irritação peritoneal.

MMII: Edema +1/+4, sinais de insuficiência venosa crônica, panturrilhas livres, pulsos Presentes.

# Exames Laboratoriais 30/09/2022

## Exames Laboratoriais (Data de Coleta: 30/09/2022)

Exame	Resultado	Valores de Referência
Hemoglobina (Hb)	11.8 g/dL	12.0 - 15.5 g/dL
Hematócrito (Ht)	36.8%	36% - 47%
Leucócitos	4000/mm <sup>3</sup>	4000 - 11000/mm <sup>3</sup>
Neutrófilos Segmentados	41.1%	40% - 75%
Linfócitos	41.1%	20% - 45%
Monócitos	10.4%	2% - 10%
Eosinófilos	4.2%	1% - 6%
Basófilos	3.2%	0% - 1%
VCM (Volume Corpuscular Médio)	82.1 fL	80 - 100 fL
HCM (Hemoglobina Corpuscular Média)	28.9 pg	27 - 33 pg
CHCM (Concentração de Hemoglobina Corpuscular Média)	32.4 g/dL	31 - 36 g/dL
RDW (Amplitude de Distribuição das Hemácias)	11.9%	11.5% - 14.5%
Plaquetas	246000/mm <sup>3</sup>	150000 - 450000/mm <sup>3</sup>
Creatinina	0.62 mg/dL	0.5 - 1.2 mg/dL
Ureia	31 mg/dL	15 - 37 mg/dL
Sódio (Na)	137 mEq/L	136 - 146 mEq/L
Potássio (K)	4.5 mEq/L	3.5 - 5.0 mEq/L
TGO (AST)	36 U/L	9 - 52 U/L
TGP (ALT)	27 U/L	9 - 52 U/L

# HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

---



# HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

**PICOS HIPERTENSIVOS + LIPOTIMIA + ALTERAÇÃO VISUAL  
HIPOTENSÃO POSTURAL +  
HIPOGONADISMO + GALACTORREIA  
DIASTEMA + MACROGLOSSIA + PROGNATISMO + APNEIA DO SONO**

- GALACTORREIA  
ESTÁ EM USO DE MEDICAMENTOS  
QUE ESTIMULAM?  
AMITRIPTILINA;  
PAROXETINA;  
METOCLOROPRAMIDA

**X**

- ACROMEGALIA?  
- ADENOMA HIPOFISÁRIO?  
- INSUFICIÊNCIA ADRENAL  
SECUNDÁRIA?

# ACROMEGALIA

---

- É UMA SD. CLÍNICA QUE RESULTA DA SECREÇÃO EXCESSIVA DO HORMÔNIO DE CRESCIMENTO (GH)
- INÍCIO INSIDIOSO
- A IDADE MÉDIA DE DIAGNÓSTICO É 40-45 ANOS
- ASSOCIAÇÃO COM APNEIA DO SONO, DIABETES, IC, HAS, PÓLIPOS DE CÓLON, SÍNDROME DO TUNEL DO CARPO E ETC
- DIAGNÓSTICO: CONCENTRAÇÃO SÉRICA DE IGF-1
- A CAUSA MAIS COMUM É O ADENOMA DE HIPÓFISE
- ALGUNS PACIENTES APRESENTAM SINTOMAS DEVIDO A EFEITOS COMPRESSIVOS DA MASSA SELAR, COMO: CEFALEIA, DEFEITOS NO CAMPO VISUAL, HIPOGONADISMO

# ADENOMA DE HIPÓFISE

---

- ❖ ADENOMAS NÃO FUNCIONANTES
- ❖ ADENOMAS FUNCIONANTES:
  - ✓ ADENOMAS GONADOTRÓFICOS – FSH E LH
  - ✓ ADENOMAS TIREOTRÓFICOS – TSH
  - ✓ ADENOMAS CORTICOTRÓFICOS – ACTH
  - ✓ ADENOMAS LACTOTRÓFICOS – PROLACTINA
  - ✓ ADENOMAS SOMATOTRÓFICOS – GH E IGF-1
  - ✓ ADENOMAS CO-SECRETORES – PROLACTINA E GH/IGF-1
  - ✓ ADENOMAS PLURI-HORMONAIS

# INSUFICIÊNCIA ADRENAL

---

- QUADRO CLÍNICO: HIPOTENSÃO POSTURAL, DEPRESSÃO, PSICOSE, AMENORREIA, NAUSEAS, VOMITOS, DOR ABDOMINAL, FADIGA PERDA DE PESO E ETC
- É SUBDIVIDIDA EM:
  - I. PRIMÁRIA - GLANDULA SUPRARRENAL
  - II. SECUNDÁRIA - HIPÓFISE
  - III. TERCIÁRIA - HIPOTÁLAMO

# Exames que ajudariam na investigação

- **HORMÔNIOS BASAIS DA HIPÓFISE: LH, FSH, TSH, PROLACTINA, IGF-1**
- **DOSAR CORTISOL BASAL E ACTH**
- **RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TURCA COM CONTRASTE**
- **ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO**
- **CAMPIMETRIA VISUAL DIGITAL**

# REFERÊNCIAS

---

- ✓ [https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-acromegaly/print?search=acromegalia&source=search\\_result&selectedTitle=1%7E77&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-acromegaly/print?search=acromegalia&source=search_result&selectedTitle=1%7E77&usage_type=default&display_rank=1)
- ✓ [https://www.uptodate.com/contents/causes-and-clinical-manifestations-of-acromegaly/print?search=acromegalia&source=search\\_result&selectedTitle=2%7E77&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/causes-and-clinical-manifestations-of-acromegaly/print?search=acromegalia&source=search_result&selectedTitle=2%7E77&usage_type=default&display_rank=2)
- ✓ [https://www.uptodate.com/contents/causes-presentation-and-evaluation-of-sellar-masses/print?search=ADENOMA%20DE%20HIPOFISE&source=search\\_result&selectedTitle=1%7E150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/causes-presentation-and-evaluation-of-sellar-masses/print?search=ADENOMA%20DE%20HIPOFISE&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1)

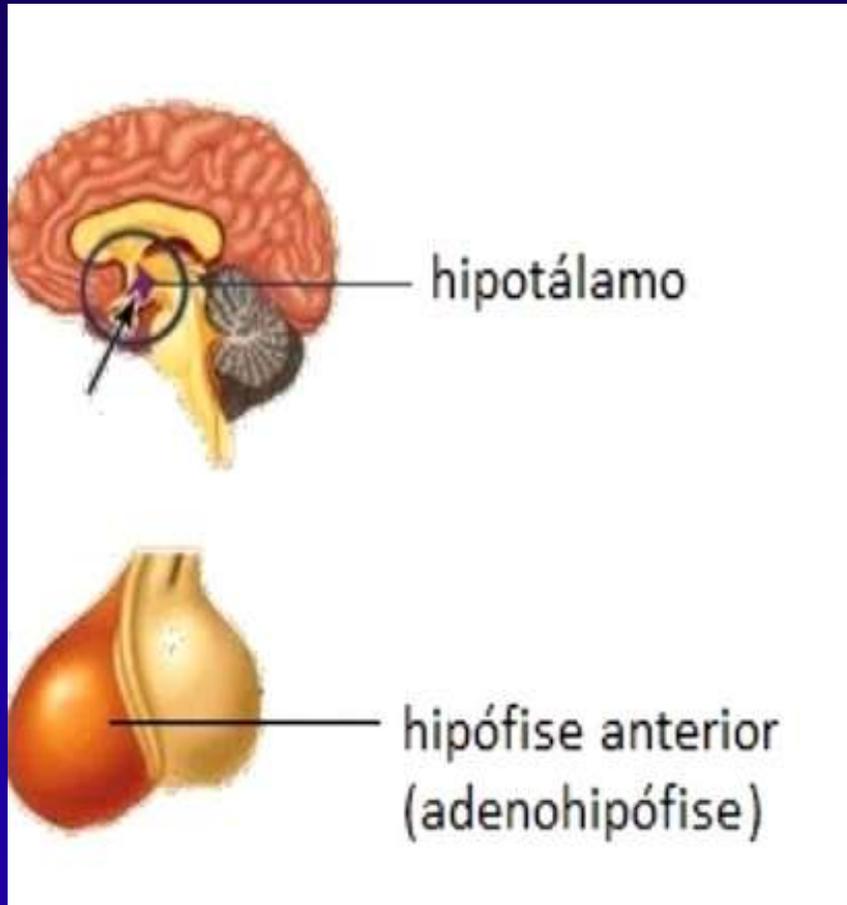
---

## **Raciocínio diagnóstico**

**Como prosseguir investigação clínica?**

**Exames adicionais**

---



---

- Amenorreia e galactorreia persistente

- Crescimento anormal das extremidades (suspeita de acromegalia)

- Três episódios de emergência hipertensiva com lipotimias

---

- Sinais e sintomas típicos

- IGF-1  $\geq$  1,3 LSN

- Confirma o diagnóstico

Pituitary  
<https://doi.org/10.1007/s11102-023-01360-1>



## Consensus on criteria for acromegaly diagnosis and remission

Andrea Giustina<sup>1</sup> · Nienke Biermasz<sup>2</sup> · Felipe F. Casanueva<sup>3</sup> · Maria Fleseriu<sup>4</sup> · Pietro Mortini<sup>1</sup> · Christian Strasburger<sup>5</sup> · A. J. van der Lely<sup>6</sup> · John Wass<sup>7</sup> · Shlomo Melmed<sup>8</sup>  · Acromegaly Consensus Group

Accepted: 17 October 2023  
© The Author(s) 2023

# Exames Laboratoriais (Data de Coleta: 30/09/2022)

<b>Cortisol</b>	8.1 ug/dL	3.7 - 19.4 ug/dL
<b>Prolactina</b>	987.5 ng/mL	5.18 - 26.53 ng/mL
<b>Somatomedina C (IGF-1)</b>	749 ng/mL	117 - 329 ng/mL (Mulheres, 42 anos)
<b>T4 Livre</b>	1.0 ng/dL	0.7 - 1.8 ng/dL
<b>TSH</b>	1.29 uUI/mL	0.50 - 5.00 uUI/mL
<b>Hormônio do Crescimento (GH)</b>	15.7 ug/L	Até 8.0 ug/L

# Diagnóstico de Macroadenoma Hipofisário com Hipertensão Secundária e Amenorreia



Lesão Central: Adenoma Hipofisário, Craniofaringioma, Meningioma, Hipofisite, Metástases



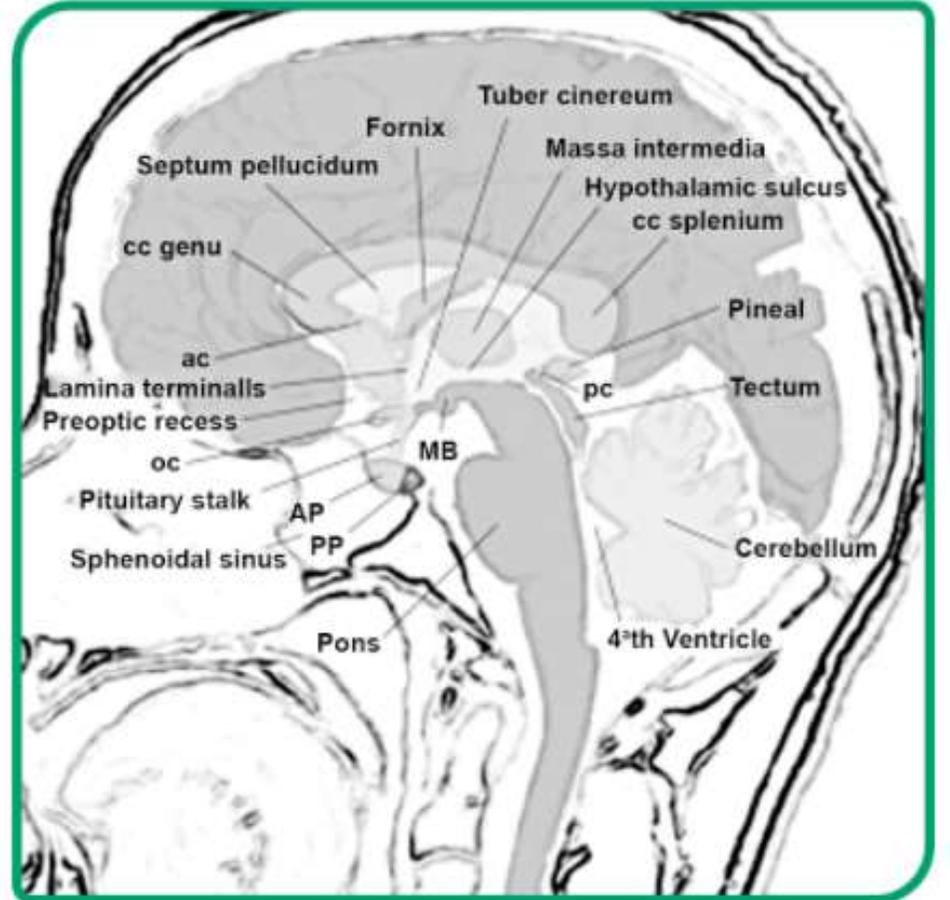
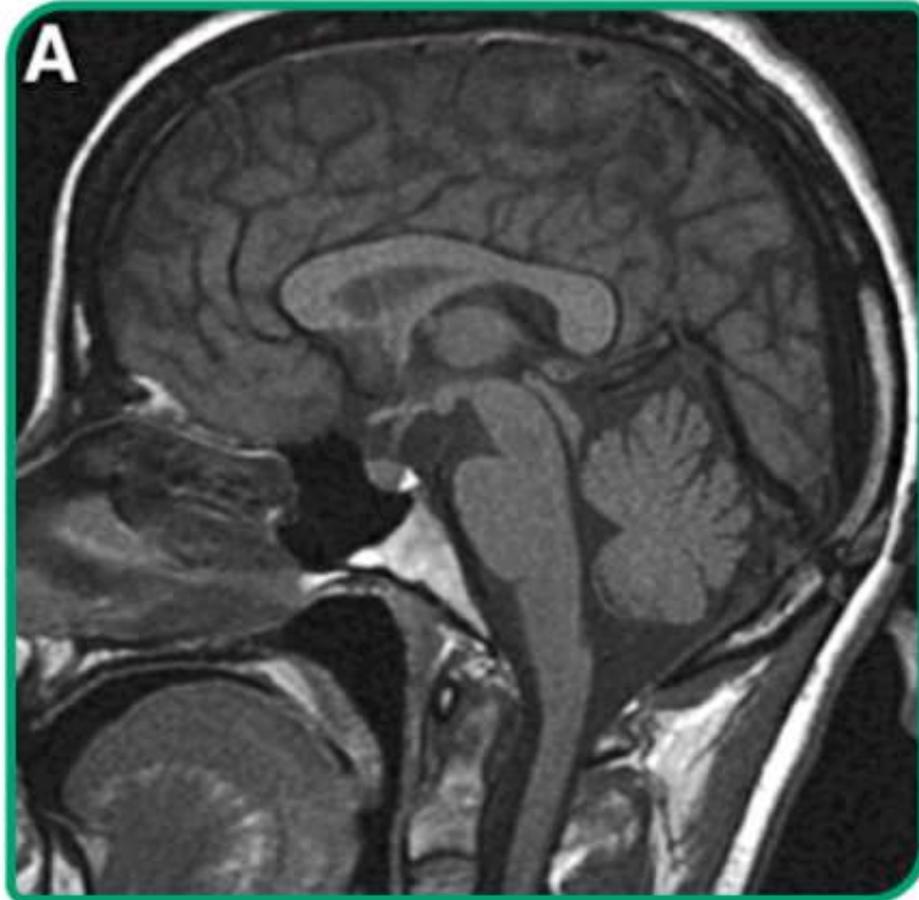
Hipertensão Secundária: Feocromocitoma, Síndrome de Cushing, Hiperaldosteronismo Primário



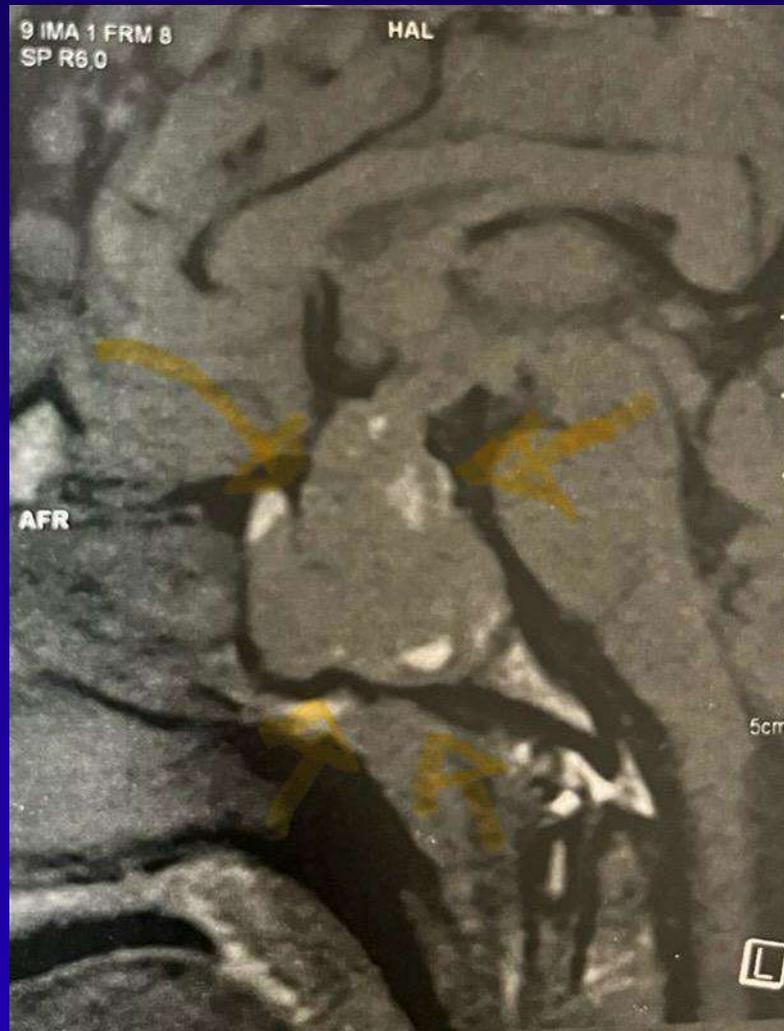
Amenorreia: Hiperprolactinemia, Síndrome de Sheehan, Hipogonadismo Hipogonadotrófico



# RM de sela turca normal



# RM de sela turca da paciente



# Diagnóstico

---

Exames Hormonais:  
Confirmação de  
hiperprolactinemia e  
acromegalia

Ressonância Magnética  
(RM) de Sela Turca: Lesão  
de 3,4 x 3,2 x 3,1 cm.  
Compressão do quiasma  
óptico. Invasão do seio  
cavernoso (Knosp grau 4)

## Efeitos do Crescimento Tumoral

### Compressão de Eixos Hormonais:

- Hipopituitarismo: Deficiência de GH, TSH, ACTH, LH, FSH.
- **Sintomas:** Hipotireoidismo, insuficiência adrenal, hipogonadismo.

### Hipersecreção:

- Prolactina: Galactorreia, amenorreia.
- GH: Acromegalia, gigantismo.

## Efeitos Compressivos em Estruturas Adjuntas

**Quiasma Óptico:** Hemianopsia bitemporal.

**Seio Cavernoso:** Afeta nervos cranianos (III, IV, VI) – Diplopia, paresia ocular.

**Hipotálamo:** Distúrbios de temperatura, sede, apetite.

# Conduta e Monitoramento

---



Tratamento Cirúrgico: Hipofisectomia Transesfenoidal



Tratamento Medicamentoso: Análogos de Somatostatina, Cabergolina



Monitoramento: Exames hormonais periódicos e RM de sela

# Histopatológico

Após a confirmação da lesão pela RM, a paciente foi submetida a uma hipofisectomia transesfenoidal. O exame histopatológico do tecido removido confirmou a presença de um adenoma hipofisário secretor de GH e prolactina, confirmando o diagnóstico de acromegalia. No entanto, devido à invasão significativa do seio cavernoso, a ressecção completa do tumor não foi possível.

# Definição e Etiologia da Acromegalia

---

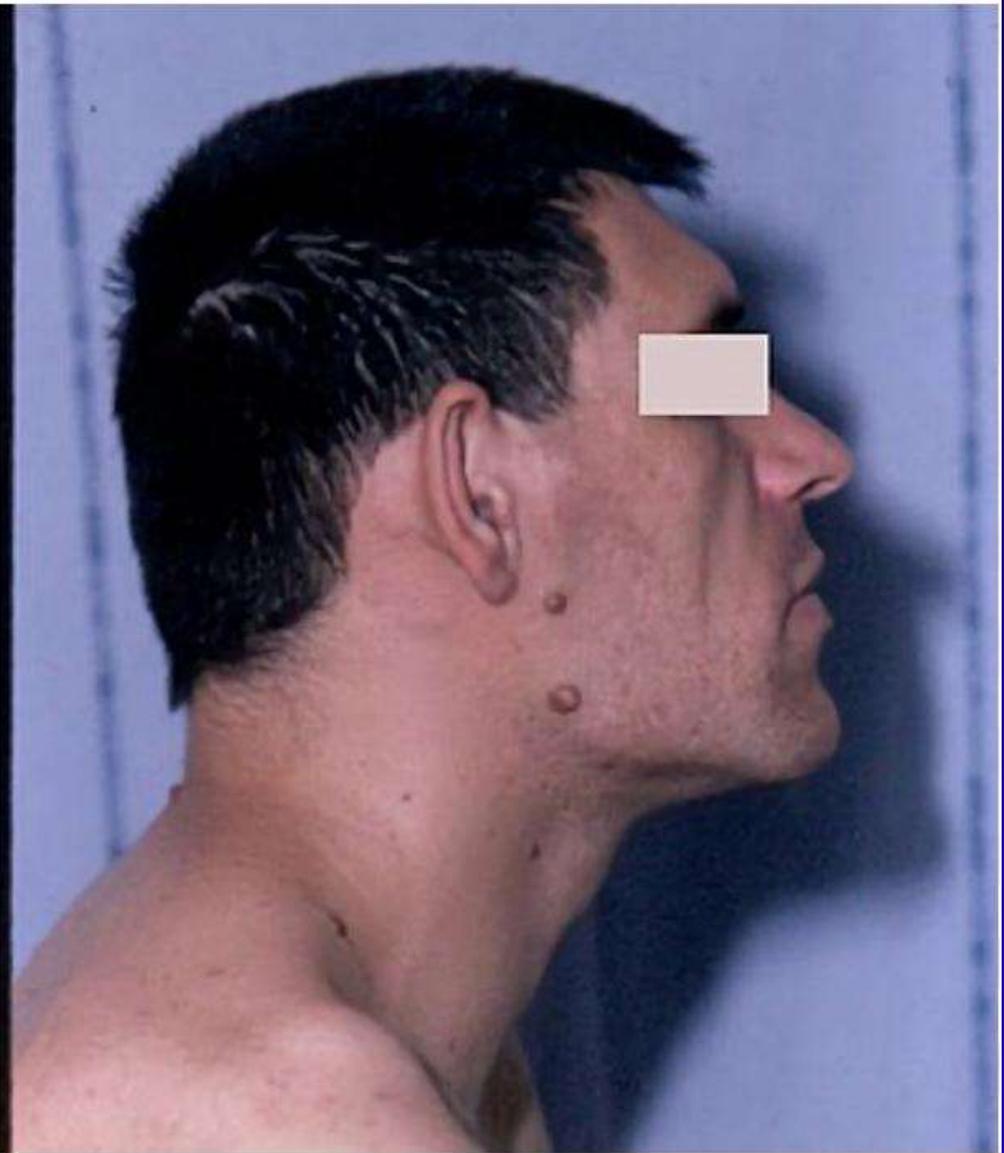
**Definição:** A acromegalia é uma condição rara e crônica caracterizada pelo excesso de secreção do hormônio do crescimento (GH), geralmente causada por um adenoma benigno da glândula hipófise.

## **Etiologia:**

**Causa primária:** Adenoma hipofisário secretor de GH, responsável por 95% dos casos.

**Causas raras:** Tumores não hipofisários que secretam GHRH (hormônio liberador de GH) ou GH, como tumores carcinoides.

**Epidemiologia:** Incidência: 3 a 4 casos por milhão de pessoas ao ano. -  
Prevalência maior em adultos de meia-idade, sem predileção clara por gênero.



# Manifestações Clínicas e Complicações

---

## Manifestações Clínicas

- Crescimento das extremidades (mãos, pés) característica da acromegalia
- Mudanças faciais: prognatismo, aumento da mandíbula, hipertrofia dos tecidos moles.
- Hiperidrose (suor excessivo), fadiga, e dores articulares.

## Complicações :

- **Metabólicas:** Diabetes mellitus, resistência à insulina, dislipidemia .
- **Cardiovasculares:** Hipertensão arterial, cardiomiopatia acromegálica, risco aumentado de doença cardiovascular.
- **Respiratórias:** Apneia obstrutiva do sono.
- **Outros:** Aumento do risco de câncer, especialmente no trato gastrointestinal.

# REFERÊNCIAS

---

- ✓ [https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-acromegaly/print?search=acromegalia&source=search\\_result&selectedTitle=1%7E77&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-acromegaly/print?search=acromegalia&source=search_result&selectedTitle=1%7E77&usage_type=default&display_rank=1)

