



FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
Departamento de Clínica Médica



REUNIÃO CLÍNICA

ANO: 2024

Número: 04

Data: 05/04/2024 **Local:** Sala 640 – Departamento de Clínica Médica

Horário: 7h30 **Modalidade:** Discussão de Caso Clínico

Relatores: Profa. Dra. Margaret de Castro
Dr. Eduardo Cechinel Passos

Insuficiência adrenal primária: quando suspeitar e como diagnosticar.

Identificação: LSR, 24 anos, solteira, desempregada, natural Araraquara e procedente São Carlos/SP, ensino médio completo. CN neurologia: 11/04/2023, internada no mesmo dia para investigação de miopatia mitocondrial

HMA: refere redução da tolerabilidade às atividades físicas, com fraqueza intensa difusa, associadas à artralgia em joelho e mãos há 4 anos. No início, sem outros sintomas associados. Dois anos após, em 2022, refere diagnóstico de hipotireoidismo com início de tratamento com Levotiroxina (50ug/dia), sem melhora dos sintomas. Pelo contrário, passou também a apresentar quadro de inapetência, dor abdominal, epigastralgia com náuseas e episódios de vômitos pós prandiais. Perda ponderal de 9 kg desde então. Realizou endoscopia externa diagnosticado DRGE com gastrite enantematosa e bulboduodenite erosiva, iniciando uso de pantoprazol 40 mg/dia, sem melhora. Refere que há 4 meses reparou escurecimento da pele e dos lábios. Nega alteração de pilificação, poliúria, polidipsia ou polifagia, ou hipoglicemias. Refere avidez por sal. Nega uso de glicocorticoides por quaisquer vias. Nega infecções de repetição ou candidíase.

No momento da consulta na neurologia apresentava mal estar geral, fraqueza, cianose de extremidades e saturação mensurada de 77%. Não foi possível aferir PA, devido a hipotensão. Optado por internação imediata para melhor investigação. Paciente manteve episódios de hipotensão mesmo após início de hidratação vigorosa.

AP: pubarca aos 9 anos, menarca aos 12 anos com ciclos regulares. DRGE com gastrite enantematosa e bulboduodenite erosiva (2022), hipotireoidismo em 2022, transtorno de ansiedade generalizada, nega cirurgias ou internamentos prévios, nega alergias; Hábitos: nega tabagismo e etilismo.

AF: mãe 65 anos, com baixa estatura (148cm), pai, 60 anos (160cm), ambos sem comorbidades. Não tem irmãos, nega sintomas semelhantes em familiares. Nega doenças endocrinológicas na família. **Medicamentos de uso domiciliar:** levotiroxina 50ug 1-0-0 (1,4 ug/kg/dia), pantoprazol 40mg 1-0-0, escitalopram 10mg 1-0-0

Ao exame físico: peso 35kg, altura 148cm (dentro do canal familiar) IMC= 15.9 kg/m², PA deitada 82/50, PA sentada 74/40 (apresentando intenso mal estar ao sentar no leito), BEG, hipocorada +/4, desidratada +/4, afebril, anictérica, acianótica, consciente e orientada.

Oroscopia: manchas hiperpigmentadas na língua e mucosa do lábio superior

Tireóide palpável com discreto aumento, sem nódulos palpáveis e sem linfonodomegalia em região cervical

Cardiovascular: 2BRNF sem sopros; **Respiratório:** MV preservado, **Abdome:**

plano, flácido, RHA+, doloroso à palpação profunda de todos os quadrantes, sem sinais de irritação peritoneal e ausência de visceromegalias

Extremidades: quentes, enchimento capilar <3s, pulsos presentes e simétricos, presença de hiperpigmentação de interfalangeanas e metacarpofalangeanas; atrofia de interósseos da mão esquerda. tônus: musculatura atrofica e normotônica globalmente. **Força muscular:** preservada nos quatro membros, hiporreflexia +/-4: costoadominal, ++/4: bicipital, tricipital, estilorrádial, adutor das coxas e aquileu +++/4 bilateralmente, demais com arreflexia. Sensibilidade: preservada.

Exames externos:

27/01/2022: 25OHD 22 ng/ml, TSH 6.45 µUI/ml, T4I 0.66 ng/dl, ferritina 10 ng/ml, Vit B12 285 pg/ml

26/08/2022: T4I 0.68 ng/dl, TSH 19.67 µUI/ml, anti-TPO 429 UI/ml, Ht 46%, GB 5760, plaquetas 268000.

Eletroneuromiografia: alterações de potenciais evocativos sugestivos de alterações metabólicas.

Na internação em 11/04/2023: pedido de interconsulta para endocrinologia- paciente em leito não monitorizada na enfermaria da neurologia. Recebeu infusão intravenosa de 1000ml de SF 0,9%. Durante avaliação, paciente refere náuseas ao ser colocada em posição sentada. A paciente reafirma que, ao movimento, sente dor em queimação como câimbras, precisando se sentar para ter alívio dos sintomas. Suspeita de insuficiência adrenal, solicitados exames.

Exames HC-FMRP:

11/04/2023: Na 112 mmol/L, K 5,0 mmol/L, glicemia 80mg/dl, Na urinário: 64.4 mmol/l, Cálcio total: 10,4 mg/dL, Cr:1,2 mg/dl (clearance creatinina=65 mL/min/1,73m²). TGP: 42 U/L, TGO: 44 U/L, Bilirrubinas Totais: 0,6mg/dL, CPK 236 U/L.

Rastreo infeccioso: Hb 14,7g/dl, HT 41%, leuco 8000 mm³ com 0% bastonetes, lactato 2,9 mmol/L, PCR < 0,4mg/dl, VHS 14 mm/1^o hora, Urina: pH 5.0, nitrito negativo, proteínas negativas, 2 hemácias/campo, 75 leucócitos/campo, gasometria arterial: pH:7,66, pO₂:165,7 mmHg, pCO₂ mmHg: 13,6, hCO₃ mEq/L13,4 ⇒ distúrbio misto (alcalose respiratória + acidose metabólica) | Rx de tórax: hilos e trama vascular pulmonar normais. Ausência de opacidades no parênquima pulmonar visualizado. Cúpulas e seios costofrênicos livres. Área cardíaca dentro dos limites normais.

#interconsulta endocrinologia (12/04): devido a forte suspeita diagnóstica de Insuficiência adrenal, coleta de cortisol, ACTH e renina e iniciado hidrocortisona 100 mg EV de imediato. Optado por suspender levotiroxina de uso prévio. Resultados do Cortisol basal 2.6 µg/dl, ACTH 2022 pg/ml, renina >500mU/l, confirmando a hipótese diagnóstica de doença de Addison, realizada a transferência da paciente para enfermaria de endocrinologia para manejo clínico.

Evolução: Após hidrocortisona, paciente apresentou diurese e evacuações preservadas, afebril, melhora das náuseas, da dor abdominal e da curva pressórica (PA sentada 106x67 mmHg e deitada 110x69 mmHg). sat: 99-100%, normalização dos eletrólitos (Na128 mmol/L em 12/04)

O diagnóstico clínico, laboratorial e os diagnósticos diferenciais serão discutidos durante a reunião.