

PACIENTE COM HIPOGONADISMO HIPOGONADOTRÓFICO: UM RELATO DE CASO

Laíse Finatto Carvalho (apresentador)²
Isabela Clara Keller Richter²
Gabriel Martins Franco Santiago²
Gabriel Henrique Peres Pereira²
Rafael Angelo Ribeiro Chiabai²
Ciciliana Maíla Zilio Rech¹

Resumo: O hipogonadismo masculino é uma síndrome clínica que resulta da incapacidade de produzir concentrações fisiológicas de testosterona (T), quantidades normais de espermatozoides, ou ambas. Pode ser primário (ou hipergonadotrófico), quando a anormalidade se localiza nos testículos ou secundário (ou hipogonadotrófico), quando ocorre secreção deficiente de gonadotrofinas, conseqüente a distúrbio hipotalâmico ou hipofisário. O diagnóstico é baseado nos sinais e sintomas da deficiência androgênica associados a baixos níveis séricos de testosterona. Os sinais e sintomas variam conforme o período de início do hipogonadismo, sendo característico de início pré-puberal alterações referentes ao desenvolvimento e morfologia corporal como ginecomastia, hipodesenvolvimento testicular e infertilidade. No hipogonadismo de início tardio as alterações funcionais estarão mais presentes, sendo comum a perda de libido, disfunção erétil, baixa densidade mineral óssea, alterações de humor, fadiga, obesidade visceral e síndrome metabólica. Exames de imagem como tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética da região selar podem ser utilizados na investigação do hipogonadismo hipogonadotrófico. Neste caso, a avaliação também inclui dosagem de prolactina, avaliação dos outros eixos hipofisários, saturação de transferrina e ferritina (investigação de hemocromatose) e avaliação genética. O tratamento tem como objetivo restaurar os níveis fisiológicos de testosterona e melhorar a qualidade de vida dos pacientes e é realizado através da reposição de testosterona. O caso clínico em questão é de A. S., masculino, 46 anos, funcionário público, solteiro, natural e procedente de Passo Fundo - RS encaminhado à consulta com especialista por diagnóstico de síndrome metabólica. À anamnese, o paciente relatou dificuldade para perder peso, sonolência, desânimo e falta de libido além de episódios de cefaleia durante o ato sexual há mais de 5 anos. Na história patológica pregressa apresenta deficiência visual desde criança, além de apneia do sono há 4 anos, para a qual utiliza CPAP. Negou uso de opioides, glicocorticoides ou anabolizantes. Negou anosmia ou

¹ Professora Especialista do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, *campus* Passo Fundo, Rio Grande do Sul. E-mail: cicilianazr@gmail.com;

² Acadêmica de Medicina. Universidade Federal da Fronteira Sul, *campus* Passo Fundo, Rio Grande do Sul. E-mail: laisefcarvalho@gmail.com;

² Acadêmica de Medicina. Universidade Federal da Fronteira Sul, *campus* Passo Fundo, Rio Grande do Sul. E-mail: isabelackeller@gmail.com;

² Acadêmico de Medicina. Universidade Federal da Fronteira Sul, *campus* Passo Fundo, Rio Grande do Sul. E-mail: gabrielosantiago@hotmail.com;

² Acadêmico de Medicina. Universidade Federal da Fronteira Sul, *campus* Passo Fundo, Rio Grande do Sul. E-mail: gabrielh.peres@hotmail.com;

² Acadêmico de Medicina. Universidade Federal da Fronteira Sul, *campus* Passo Fundo, Rio Grande do Sul. E-mail: rafael.ar.chiabai@gmail.com



hiposmia. Relatou uso de topiramato 25 mg /dia e floral para emagrecimento e libido. Tem filho de 14 anos de relacionamento anterior, porém suspeita que não seja o pai verdadeiro do mesmo. Exame físico com IMC 31 Kg/m², circunferência abdominal de 106 cm. Exames laboratoriais com glicemia de jejum 102 mg/dL, 85 triglicerídeos 169 mg/dL, HDL 37 mg/dL, testosterona total 99 mg/dL (em outra ocasião de 70 mg/dL), testosterona livre calculada de 2,85 mg/dL, FSH 0,37 mUI/mL (VR: 1,1- 8) , LH 0,85mUI/mL (VR: 1,5 -9,3) e paratormônio 92,5 pg/mL (VR: 10 - 88), sem anormalidades nos outros eixos hipofisários, ultrassonografia de bolsa escrotal com testículos reduzidos de volume (12,2 cm³ à direita e 10,7 cm³ à esquerda) e densitometria óssea com baixa massa óssea em L1-L4. Níveis de prolactina e ferritina dentro da normalidade. Ressonância magnética de sela túrcica não demonstrou alterações. Os exames confirmaram o quadro de síndrome metabólica associado ao hipogonadismo central, com repercussões em massa óssea vertebral. Iniciado terapia de reposição de com Undecilato de testosterona injetável e citrato de clomifeno 50mg, para preservação de fertilidade, em dias intercalados. Atualmente segue em acompanhamento com especialista.

Palavras-chave: Medicina. Hipogonadismo. Doenças do Sistema Endócrino.

Categoria: Extensão

Área do Conhecimento: Ciências da Saúde

Formato: Comunicação Oral