

## PACIENTE COM PANHIPOPITUITARISMO PÓS RESSECÇÃO DE MACROPROLACTINOMA: UM RELATO DE CASO

Gabriel Martins Franco Santiago (apresentador)<sup>2</sup>

Isabela Clara Keller Richter<sup>2</sup>

Laíse Finatto Carvalho<sup>2</sup>

Gabriel Henrique Peres Pereira<sup>2</sup>

Rafael Angelo Ribeiro Chiabai<sup>2</sup>

Ciciliana Maíla Zilio Rech<sup>1</sup>

**Resumo:** O hipopituitarismo é a deficiência na produção ou na ação de qualquer um dos hormônios da adenohipófise, quando essa deficiência ocorre em mais de um dos hormônios denomina-se pan-hipopituitarismo. A hipófise é uma glândula localizada na base do cérebro que secreta vários hormônios que controlam a função da maioria das outras glândulas endócrinas. Os sintomas do hipopituitarismo portanto, dependem de qual hormônio encontra-se deficiente, podendo incluir baixa estatura, infertilidade, intolerância ao frio e cansaço. Dentre algumas das causas dessa condição podemos citar os tumores hipofisários, distúrbios inflamatórios e a extração cirúrgica do tecido da mesma. O diagnóstico baseia-se na aferição dos níveis séricos dos hormônios e em exames de imagem. O tratamento dessa patologia visa substituir os hormônios deficientes por sintéticos e, em algumas vezes inclui a remoção cirúrgica ou a irradiação de tumores hipofisários, se presentes. Os prolactinomas são os adenomas de hipófise mais comuns, frequentemente afetando mulheres em idade fértil e podem ser divididos quanto ao tamanho em microprolactinomas, quando são menores que 1cm e macroprolactinomas quando maiores que 1cm, sendo que estes podem causar cefaleia, alterações visuais e hipopituitarismo por efeito de massa. Os principais sintomas estão relacionados à hiperprolactinemia e o diagnóstico é feito através da dosagem de prolactina juntamente com exames de imagem e a clínica do paciente. O tratamento clínico é feito com agonistas dopaminérgicos sendo a cabergolina o padrão ouro, porém ele pode ser ineficaz em 20% das vezes, estando indicada a cirurgia. O caso clínico em questão, trata-se do atendimento realizado à E.R.B, feminino, 37 anos de idade, branca, bancaria, solteira, natural e procedente de Nova Prata-RS. Encaminhada pelo neurocirurgião à consulta com especialista, por pan-hipopituitarismo pós ressecção de macroprolactinoma recidivado. A lesão inicial media 2,6 x 2,3 x 1,8 cm. À anamnese, a paciente relatou mastalgia bilateral e galactorreia iniciada há 10 anos tendo realizado ressecção incompleta de macroadenoma hipofisário há 7 anos, que necessitou de reintervenção cirúrgica há 3 meses por

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

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

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

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

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

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

recidiva da lesão, agora com 2,6 x 2,8 x 1,7 cm com compressão cranial sobre haste hipofisária e quiasma óptico. O laudo histopatológico foi de adenoma hipofisário grau I. À revisão dos sistemas referiu quadrantopsia temporal superior direita, polidipsia e poliúria (média de 20 episódios de diurese volumosa ao dia), além de ansiedade, irritabilidade, nervosismo e fogachos. No momento da consulta estava em uso de prednisona 7,5 mg/dia, cabergolina 0,5mg/semana e levotiroxina 112mcg/dia. O exame físico não apresentou alterações dignas de nota. Diante da anamnese e exames laboratoriais compatíveis com diabetes insipidus e hipogonadismo central, foi prescrito estradiol tópico de baixa dosagem, 0,75 mg/dia, para tratamento dos fogachos e prevenção de osteoporose, progesterona natural micronizada visando prevenção de espessamento endometrial e desmopresina spray nasal. A paciente apresentou redução dos episódios de diurese para média de 8 micções/dia e redução dos fogachos. Segue em acompanhamento ambulatorial com exames laboratoriais e reavaliação clínica periódica. Como a paciente também tem critérios laboratoriais para deficiência de GH (baixos níveis de IGF1), o próximo passo é a reposição deste hormônio.

**Palavras-chave:** Medicina. Hipopituitarismo. Prolactinoma

**Categoria:** Extensão

**Área do Conhecimento:** Ciências da Saúde

**Formato:** Comunicação Oral