

“Quando a HbA1c não é suficiente: um caso de Hemoglobina de Baltimore”

USF Monte de Caparica
Unidade de Saúde Familiar
A cada um os cuidados de todos!

Silva Costa A¹, Ramalho A², Lima M³
1 - USF Monte Caparica, ACES Almada-Seixal
2 - USF Sobreda, ACES Almada-Seixal
3 - USF Cova da Piedade, ACES Almada-Seixal



Contato: andrefsc88@gmail.com

Enquadramento

A redução dos níveis de HbA1c é o principal objetivo do tratamento em doentes diabéticos, e a determinação desta hemoglobina (Hb) é o método regularmente utilizado para monitorizar o controlo metabólico nestes doentes¹. A HbA1c pode estar falsamente diminuída em certas situações clínicas (hemoglobinopatias, gravidez, hemorragia, anemia hemolítica, terapêutica de reposição com ferro ou vitamina B12). Contudo, os níveis de HbA1c podem também ser alterados em condições silenciosas que, se não detectadas, podem levar a uma abordagem inadequada do doente com diabetes.

Descrição do Caso

Identificação:
63 Anos
Caucasiano
Sexo: Masculino
Natural de Tomar
Profissão: Motorista

Data	16-02-2013	26-03-2013	18-10-2013		10-08-2015	01-02-2016	08-02-2016	04-08-2016	22-08-2016	14-11-2016
HbA1c (%)		4,4	4,7	...	5,1	5,2	5,5	5,4	5,8	8,4
Glic Jejum (mg/dL)	140	142	162	...	160	174	192	202	231	240

S Traz registos de glicémias dos ultimos 3 dias com valores em JJ entre 188-291 e PP entre 240-297. Faz turnos noturnos até as 04H e dorme até as 14H.

O Peso=83,5 kg IMC=30,1 TA=138/86 mmHg; FC=76 bpm. **HbA1c: 5,4%**. ACP sem alterações. Sem edemas periféricos. Pé: **Baixo Risco**

A **Hipertensão Sem Complicações (K86)**
Diabetes Não Insulino-Dependente (T90)
Obesidade (T82)

P Peço análises para despiste de possivel interferencia com a HbA1c. Faz registos das glicémias; ensino sobre a técnica.

S Traz resultado de análises.

O Fructosamina - 604 µmol/L (IR<285)²
HbA1c (Boronato)- 8,4%;

A **Diabetes Não Insulino-Dependente (T90)**
Outra doença do sangue / linfáticos / baço (B99)

P Pede-se consulta de Genética Médica. Inicia Metformina + Linagliptina, 1000+2,5 mg, 1+0+1. Marco consulta em 4 meses para reavaliação.



Lista de Problemas:

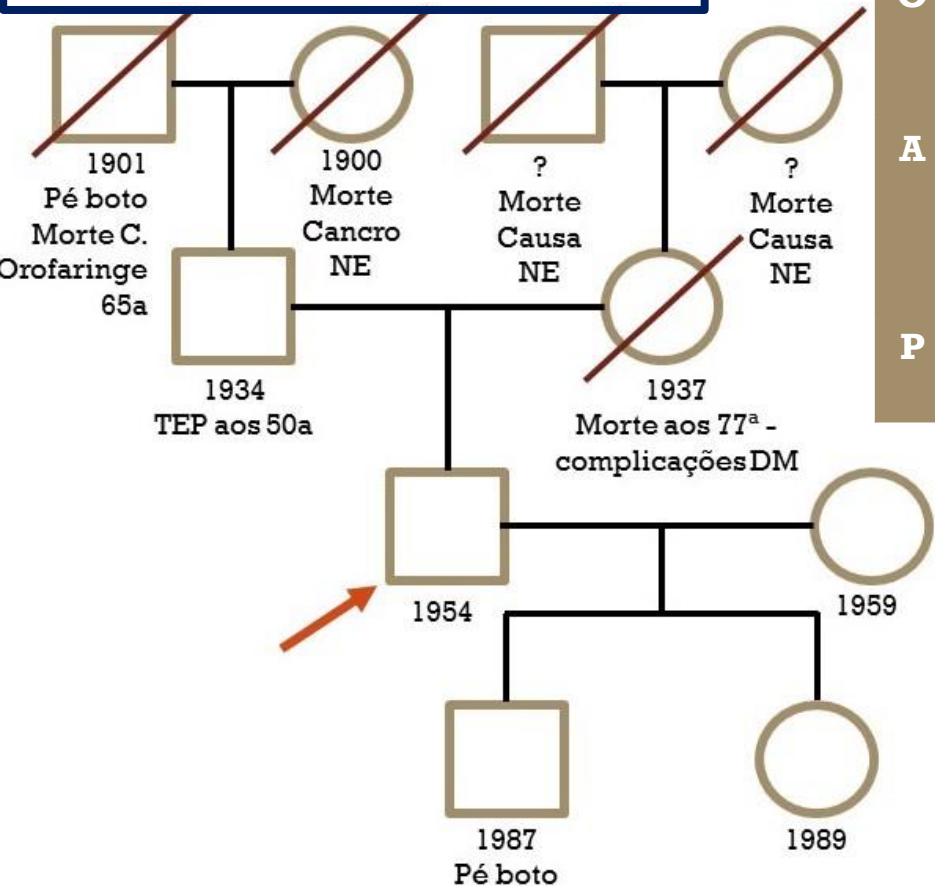
Ativos:
Diabetes Mellitus tipo 2 desde 2012
Hipertensão Arterial desde 2013
Obesidade.
Passivos:
Pé boto congénito

Medicação Crónica:

Losartan 100 mg, 1+0+0
Metformina 700 mg, 1+0+0

Avaliação Familiar:

Família nuclear
Estádio VI do Ciclo da vida de Duvall.



S Vem mostrar resultados. Glicémias em JJ entre 202-275 e PP entre 276-323.

O Peso=84 kg IMC=30,2 TA=140/90 mmHg; FC=89 bpm. **HbA1c: 5,8%**. ACP sem alterações. Sem edemas periféricos.

A **Hipertensão Sem Complicações (K86)**
Diabetes Não Insulino-Dependente (T90)
Obesidade (T82)
Investigação com resultados anormais (A91)

P Pede-se HbA1c pela afinidade ao boronato³ e a fructosamina.

Análises (22/08/2016)

Creatinina	1,0 mg/dL
Ferritina	295 ng/mL
Glucose	231 mg/dL
Hemoglobinas, Eletroforese	Hb A1 - 43,4%; Hb A2 - 2,2% Hb Variante - 54,4% Compatível com Hemoglobina N-Baltimore.
Hemograma	Hb - 15,6 g/dL; RDW - 11,9 %Leuc - 7,9 10E3/mm3; Restante normal.
Hgb A1c	5,8 %
Tsh	1.55 mU/L
Vs	5 mm/h
Coombs Indirecta	Negativo
Urocultura	Negativa



Discussão

Embora a presença desta Hemoglobinopatia não esteja associada a sintomatologia clinicamente evidente, o seu reconhecimento neste doente torna-se de vital importância uma vez que poderá alterar radicalmente o seu prognóstico. A sua possível hereditariedade e a necessidade de realizar estudo molecular de variantes de hemoglobina, o doente foi referenciado à consulta de Genética Médica. Este caso clínico demonstra a importância dos cuidados de proximidade do Médico de Família, de um utente com um risco elevado de complicações decorrentes da Diabetes caso não tivesse sido realizado o diagnóstico atempado.

Referências Bibliográficas:

1 - Chamberlain JJ, Rhinehart AS, Shaefer CF Jr, Neuman A. Diagnosis and Management of Diabetes: Synopsis of the 2016 American Diabetes Association Standards of Medical Care in Diabetes. Ann Intern Med. 2016 Apr 19;164(8):542-52. doi: 10.7326/M15-3016

2 - Mittman N, Desiraju B, Fazil I, Kapupara H, Chattopadhyay J, Jani CM, Avram MM. Serum fructosamine versus glycosylated hemoglobin as an index of glycemic control, hospitalization, and infection in diabetic hemodialysis patients. Kidney Int Suppl. 2010 Aug;(117):S41-5

3 - Sacks DB, Arnold M, Bakris GL, Bruns DE, Horvath AR, Kirkman MS, Lernmark A, Metzger BE, Nathan DM. Guidelines and recommendations for laboratory analysis in the diagnosis and management of diabetes mellitus. Clin Chem. 2011 Jun;57(6):e1-e47.