

## Relatos Casos Clínicos

### PD-081 - (UM20-5242) - UM CASO DE ACROMEGALIA - DO DIAGNÓSTICO À EVOLUÇÃO

Joana Abrantes<sup>1</sup>; Inês Candeias<sup>2</sup>; Marta Souto<sup>2</sup>; Xavier Ferreira<sup>3</sup>

1 - USF Uadiana, ACes São Mamede; 2 - USF Raia Maior, ACes São Mamede; 3 - USF Amoreira, ACes São Mamede

**Enquadramento:** O adenoma hipofisário corresponde a um tumor benigno que pode ser clinicamente funcionante. Classificando-se em micro ou macroadenomas, podem comprimir estruturas adjacentes causando sintomas visuais e neurológicos, como paralisia de pares cranianos e cefaleia. Esta é a causa mais comum de acromegalia: uma condição normalmente causada por hipersecreção da Hormona de Crescimento (GH) de forma prolongada e conseqüente elevação de IGF-1. Apresenta como manifestações clínicas: aumento de espessura da pele e tecido conjuntivo, proliferação de cartilagem e osso, h pato e esplenomegalia, aumento das mãos e p s, altera o da estrutura da face. São também comuns complica es músculo-esqueléticas e sist micas.

**Descri o do Caso:** Mulher de 60 anos, costureira, casada e com dois filhos, família nuclear. Antecedentes familiares: Mãe com Diabetes Mellitus Tipo 2 e neoplasia do rim; Pai com HTA. Aos 45 anos, com antecedentes pessoais de dislipidemia e com Sinvastatina 20 mg como medica o habitual, recorre ao Serviço de Urgência por queda acidental com traumatismo craniano. Realizou TC-CE que revelou macroadenoma hipofisário. Foi transferida para hospital de referência e realizada cirurgia hipofisária por via transfenoidal de macroadenoma hipofisário produtor de GH. Referiu ter apresentado sintomas com evolu o de 10 anos, sem ter valorizado: cefaleias temporais, aumento do tamanho das mãos com necessidade de alargar aliança, aumento de tamanho de sapatos em 2 números, dores osteoarticulares e altera o da estrutura facial. Após cirurgia, foi internada no serviço de endocrinologia para controlo de hipopituitarismo p s-cirúrgico, com insuficiência supra-renal, hipotiroidismo, diabetes insipida e hipogonadismo secundários por diminui o de valores de ACTH, TSH, ADH, LH e FSH respectivamente. Teve alta medicada com desmopressina, hidrocortisona, levotiroxina sódica, sinvastatina e terapêutica hormonal de substitui o estroprogestativa. Atualmente, com critérios de remissão, mant m controlo em Endocrinologia, com estudo analítico, imagiológico e ajuste terapêutico. Ao longo destes anos, desenvolveu comorbilidades associadas a esta condi o, que têm sido controladas e monitorizadas, como HTA e problemas osteoarticulares de caracter degenerativo que motivaram reforma por invalidez. Tem como medica o actual: Hidrocortisona 10mg de manhã e 5mg   noite, Levotiroxina Sódica 100  g, Sinvastatina 20 mg e Telmisartan 20 mg. Mant m ainda f cies e extremidades acrais características de acromegalia.

**Discussão:** Os sinais insidiosos da acromegalia são muitas vezes ignorados pelo doente, familiares e médicos. O diagnóstico   feito pela dosagem de níveis séricos basais de IGF-1 e de GH após prova de tolerância   glicose oral (PTGO) e exames de imagem com RM ou TC. Mais raramente, e como no caso apresentado, o diagnóstico   incidental. O tratamento de primeira linha   cirúrgico, e como foi o caso, pode causar hipopituitarismo com deficits hipofisários múltiplos. Para avalia o da resposta ao tratamento são realizadas dosagens séricas de IGF-1 e GH após PTGO, 12 semanas após procedimento. Com a doença em remissão (normaliza o de IGF-1), devem repetir-se anualmente. Controlo por RM deve ser realizada 12 semanas após cirurgia e, posteriormente, dependendo da resposta ao tratamento. Devem ainda ser controladas comorbilidades que podem estar associadas: cardiovasculares, pulmonares, gastrointestinais, ortopédicas, metabólicas, entre outras. Pelo risco de recidiva, devem ser acompanhados toda a vida.