

Relatos Casos Clínicos

PD-051 - (UM20-5366) - HIPERSUDORESE: NÃO MATA, MAS INCOMODA

Delfim Teixeira¹; Alexandra Ramalho¹

1 - Centro de Saúde de Ovar - USF João Semana

A prevalência do Hipogonadismo aumenta com a idade e está particularmente associado a algumas das comorbilidades mais comuns, tais como a Diabetes e a Obesidade. O Hipogonadismo Primário é causado por falência testicular e manifesta-se habitualmente por diminuição da libido, disfunção erétil, diminuição da massa muscular e da força, aumento da adiposidade, osteoporose e fadiga. Analiticamente, os valores de testosterona estão diminuídos e os valores de LH e FSH estão aumentados. Existem várias causas, nomeadamente: trauma, tumor ou infecção testicular e tratamentos com quimioterapia/radioterapia.

JAMC, 48 anos, sexo masculino, raça caucasiana, auxiliar de armazém, inserido numa família nuclear, no Estádio V do Ciclo da Vida de Duvall. Apresenta como antecedentes pessoais: hernioplastiainguinal esquerda há 20 anos; cirurgia testicular bilateral há 4 anos por torção testículo direito. Sem medicação habitual.

O utente recorreu à consulta de Saúde de Adultos com queixas de episódios de sudorese intensa com alguns minutos de duração desde há 2 anos, sem factor precipitante identificável, associado a cansaço e também menor tolerância ao exercício físico habitual (remo), tendo verificado aumento ponderal involuntário de 10kg em cerca de 2 meses. Nega disfunção erétil e diminuição da libido. Sem diminuição da pilosidade corporal e sem diminuição da frequência de barbear. Ao exame objectivo: Peso: 82kg, IMC: 28,4, PA: 138/68mmHg, FC: 68bpm. Sem ginecomastia e sem alterações dos genitais externos.

Considerado o diagnóstico diferencial de um distúrbio hormonal e com o conhecimento do histórico clínico, foi pedido estudo analítico e agendou-se reavaliação.

Na consulta seguinte, dos resultados das análises, destaca-se FSH: 95.06 mUI/mL (VR: 1.42-15.4), LH: 37.02 mUI/mL (VR: 1.5-9.3), Testosterona: 121 ng/mL (VR: 286-1100), corroborando o diagnóstico de hipogonadismo primário.

Referenciou-se o utente para a consulta de Endocrinologia, onde realizou ecografia escrotal que demonstrou dimensões reduzidas e alteração da morfologia testicular. O utente realizou ainda densitometria óssea que revelou osteopenia do colo do fémur (T score colo fémur: -1.9) secundária ao hipogonadismo. Iniciou Testosterona IM a cada 4 semanas.

Três semanas após toma única de testosterona IM o utente referiu resolução da hipersudorese, melhoria do cansaço e também melhor tolerância ao exercício. A nível analítico, houve normalização do valor de testosterona 14 dias após a toma de testosterona IM. Cerca de 2 anos após o início do tratamento o utente realizou nova densitometria óssea que revelou um incremento da massa óssea de 3% a nível do fémur e 5.3% a nível da coluna lombar, comparativamente à inicial.

Actualmente o utente mantém-se assintomático e faz Testosterona IM a cada 3 semanas.

Este caso clínico demonstra a importância do Médico de Família na integração do passado clínico para a interpretação e análise dos sinais e sintomas, muitas vezes inespecíficos, com que se é confrontado numa consulta ao nível dos Cuidados de Saúde Primários.