

Relatos Casos Clínicos

PD-078 - (UM20-5410) - INSUFICIÊNCIA ADRENAL PRIMÁRIA EM DOENTE COM TUBERCULOSE

Diana Silva¹; Romero Contreras²; Hihool Mogildea²; Ana Gonçalves²

1 - USF Quarteira; 2 - Centro Hospitalar e Universitário do Algarve

Enquadramento: As doenças infecciosas são causas raras de insuficiência adrenal primária (IAP) em países desenvolvidos. A apresentação clínica frequentemente ocorre de forma insidiosa através de sintomas inespecíficos tornando o diagnóstico mais difícil. Sintomas e sinais mais específicos, como a hiperpigmentação, hipotensão ortostática, “craving” de sal e achados laboratoriais de hiponatremia e hipercalemia podem sugerir o diagnóstico. A confirmação do diagnóstico pode ser complicada em contexto de doença de base aguda. Na instituição do tratamento, deverá ter-se especial atenção ao risco de interação medicamentosa.

Descrição do caso: Homem, 62 anos, com consumo tabágico e abuso de álcool, iniciou quadro de anorexia, náuseas, perda ponderal (20kg) com três meses de evolução, acompanhados de aparecimento de febre vespertina, tosse produtiva e dispneia com um mês de evolução. Recorreu ao Serviço de Urgência, onde realizou análises, com parâmetros inflamatórios elevados e hiponatremia, e TC do tórax que sugeriu Tuberculose Pulmonar (TP), confirmada no Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP). Por não tolerar o tratamento instituído, foi referenciado ao SU para internamento. Durante o internamento, constatou-se astenia intensa, perfil hipotensivo, lentificação do discurso, hiperpigmentação excessiva em áreas não fotoexpostas com um ano de evolução. As análises mostraram hiponatremia crónica agora associada a hipercalemia. Realizou-se estudo da função adrenal, que revelou níveis de ACTH e renina elevados e défice de cortisol, confirmando a suspeita de IAP. A TC abdomino-pélvica revelou “aumento das dimensões das glândulas suprarrenais e à direita massa hipodensa, hipocaptante de contornos bosselados de etiologia indeterminada”. Foi pedida colaboração de Endocrinologia que iniciou terapêutica com Prednisolona e Fludrocortisona com melhoria do seu estado geral. Teve alta com terapêutica antibacilar e seguimento no CDP e Endocrinologia. Nas consultas subsequentes, apresentou melhoria progressiva, sem queixas sugestivas de hipotensão ortostática e iniciou cessação tabágica e alcoólica. Na reavaliação imagiológica, verificou-se uma redução da massa da suprarrenal direita.

Discussão: Apresentamos um caso raro de IAP causada por TP, num doente com um quadro clínico de um ano de evolução, incluindo hiperpigmentação excessiva em áreas não fotoexpostas e mucosas e hiponatremia crónica causada por secreção inapropriada de ADH, para qual contribuíam em simultâneo TP e IAP. O diagnóstico de IAP foi estabelecido apenas após início do tratamento com tuberculostáticos, colocando o doente em risco de agudização da insuficiência adrenal, uma vez que fármacos, como a rifampicina e isoniazida, podem aumentar o catabolismo dos glicocorticóides. A TC adrenal mostrou hiperplasia bilateral associada a massa de etiologia indeterminada, que dado o contexto clínico e evolução favorável não foi submetida a biópsia. Em doentes com TP, dever-se-á “rastrear” clinicamente a IAP, uma vez que, apesar de apenas 6% dos casos de tuberculose ativa estarem associados a insuficiência adrenal, esta é a principal causa de morte nos primeiros dias após a instituição do tratamento. Os MF são os que estão melhor posicionados para estabelecer diagnósticos precoces, uma vez que são a primeira linha de cuidados de saúde e os que melhor conhecem a história pessoal e fatores de risco dos utentes.