



---

## **Serviço e Disciplina de Clínica Médica**

**Sessão Clínica –21/05/2018**

**Auditório Honor de Lemos Sobral- Hospital Escola Álvaro Alvim**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Valesca Mansur Kuba**

**Relatora: Dr<sup>a</sup>. Maria Fernanda Fernandes Duarte Costa (R2)**

**Debatedora: Dr<sup>a</sup>. Juliana Barroso de Menezes Miotto (R1)**

---

---

# Caso clínico

---

# ANAMNESE

**Identificação:** 40 anos de idade, feminina, branca, casada, médica, natural de Minas Gerais e procedente de Campos dos Goytacazes - RJ

**Queixa principal:** "Amenorreia"

**HDA:** Há 6 meses paciente vem apresentando oligomenorreia alternada com polimenorreia (3/17). Nessa ocasião, procurou o serviço de ginecologia e foi diagnosticada com menopausa precoce. Há 2 meses, observou ressecamento cutâneo, prostração, fadiga e astenia. Há 7 dias, durante um plantão, apresentou episódio de mal estar, vômitos, diarreia aquosa e dor em cólica em mesogástrico, evoluindo com lipotímia. Referiu melhora após administração intravenosa de 1.000 mL de soro fisiológico 0,9%. Associou esse episódio ao estresse psicológico do plantão e jejum prolongado. Manteve quadro de fadiga, náuseas e vômitos durante os plantões. Nega anorexia e emagrecimento significativo.

# ANAMNESE

---

**HPP:** Episódio de sinusite há 2 meses, tendo feito uso de prednisona 20 mg/dia por 5 dias, seguido de budesonida em spray nasal, em uso intermitente.

Cirurgias: Ø

Hemotransfusão: Ø

**História Ginecológica:** Menarca aos 12 anos. G1P1A0 Ciclos menstruais irregulares.

**História Familiar:** Nada digno de nota.

**História Social:** Nega etilismo e tabagismo.

# EXAME FÍSICO

---

- ✓ Bom estado geral, lúcida e orientada, anictérica, acianótica, hidratada, normocorada e eupneica em repouso.
- ✓ Peso: 60,0 kg Altura: 157,5 cm
- ✓ ACV: RCR 2T, BNF. PA: 110x70 mmHg FC: 128 bpm
- ✓ AR: MV+ bilateralmente, sem ruídos adventícios.
- ✓ Abdome: Atípico, peristalse presente, flácido, depressível, indolor à palpação superficial e profunda, Traube timpânico.
- ✓ MMII: sem edemas; panturrilhas livres; pulsos pediosos palpáveis.

# EXAMES COMPLEMENTARES

Hb/HT (12-17 g/dL / 37-50 %)	13,5/ 39,4		
Leuco (4.000 - 11.000/mm <sup>3</sup> )	<b>3.900</b>		
Segment. (40 – 75%)	58,4%		
Linf (20- 40%)	<b>41,6%</b>		
Plaq (140.000 - 400.000/mm <sup>3</sup> )	211.000		
Glicose (70 - 99 mg/dL)	79		
Ureia (15 - 45 mg/dL)	15		
Creatinina (0,4 - 1,2 mg/dL)	0,6		
Sódio (135 - 145 mEq/L)	138		
Potássio (3,5 - 5,5 mEq/L)	3,5	TSH (0,3 e 5,0 mU/L)	1,3
		T4 livre (0,9 - 2,0 mg/dL)	1,0
		HCG	Neg.
		Prolactina (Até 29,9 ng/dL)	15,2
		FSH (10-12 mUI/mL)	<b>49,4</b>
		LH (1,9-12 mUI/mL)	<b>60,6</b>
		Estradiol (19,5 a 144,2 pg/mL)	33,5
		Test. livre (0,16 - 1,59 ng/dL)	0,6
		DHEA (134 - 407,4 ng/dL)	<b>115,0</b>

# CASO CLÍNICO

---

**Discutir...**



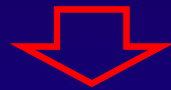
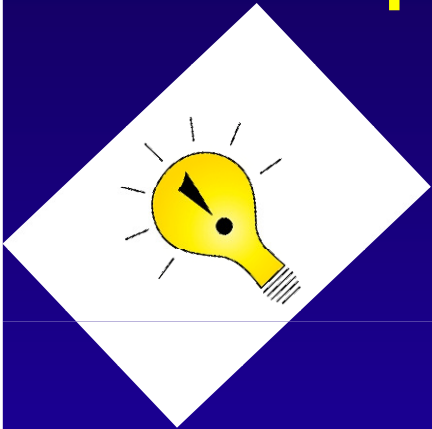
**Hipóteses diagnósticas**

**Exames adicionais para a condução do caso**

# Discussão Clínica

---

**Queixa principal: Amenorréia**



**→ Disfunções endocrinológicas**

**Alterações Genéticas**

**Malformações Genitais**

**Anomalias Gônadais**

**Tumores hipotalâmicos e hipofisários**



**Medicamentos**



# Discussão Clínica

---

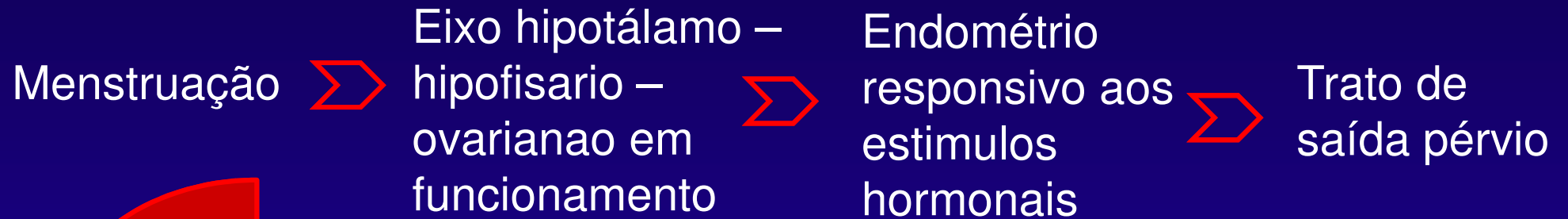
**HDA:** Há 6 meses paciente vem apresentando **irregularidade menstrual**, caracterizada por **oligomenorréia alternada com polimenorréia**. Nessa ocasião, procurou o serviço de ginecologia, tendo sido diagnosticada com **menopausa precoce**. Há 2 meses, observou **ressecamento cutâneo, prostração, fadiga e astenia**. Há 7 dias, durante um plantão, apresentou episódio de **mal estar, vômitos, diarreia aquosa, sem produtos patológicos, e dor em cólica em mesogástrico, evoluindo com lipotímia**. Referiu melhora após administração intravenosa de 1.000 mL de soro fisiológico 0,9%. Associou esse episódio ao estresse psicológico do plantão e jejum prolongado. Manteve o quadro de fadiga, náuseas e vômitos, durante os plantões. Nega anorexia e emagrecimento.

# Discussão Clínica

---

- ✓ **HPP:** Nega comorbidades. Refere episódio de sinusite, há 2 meses, tendo feito uso de **prednisona 20 mg/dia por 5 dias, seguido de budesonida em spray nasal, em uso intermitente.**
- ✓ **História fisiológica:** Menarca aos 12 anos G1P1A0. **Ciclos menstruais irregulares.**
- ✓ **Exames Laboratoriais:**  
FSH: 49,4 ↑      LH : 60,6 ↑      5-DHEA: 115,0 ↑

# Discussão Clínica



•Estímulos exógenos, endógenos e psíquicas

•Adrenais, fígado, tireoide e metabolismo periférico

# Discussão Clínica

---

## **ADRENAL: Hipocortisolismo**

- ✓ Pode ser de causa Primária, secundária ou terciária
- ✓ Sintomas comuns: Fadiga, anorexia, náusea, vômitos, perda ponderal
- ✓ Hiperpigmentação cutâneo-mucosa é frequente na insuficiência adrenal primária

# Hipótese Diagnóstica

---

## Insuficiência Suprarenal Primária

- ✓ Adrenalite autoimune é a principal causa
- ✓ Destrução autoimune da glândula pela ação da imunidade humoral e celular
- ✓ Mais comum no sexo feminino
- ✓ Pode ser esporádica ou compor síndrome poliglandular autoimune
- ✓ **FAVORAVEL:** Sintomas compatíveis, sexo feminino

# Hipótese Diagnóstica

---

## Insuficiência Suprarenal secundária e terciária

- ✓ Principal causa pela supressão do eixo por glicocorticoides exógenos
- ✓ A supressão depende da dose, duração e do intervalo da administração dos corticoides
- **FAVORÁVEL:** Uso de prednisona e corticoide inalatório
- **DESFAVORÁVEL:** Baixa dosagem de prednisona e não há informação sobre quantidade do corticoide spray

# Hipótese Diagnóstica

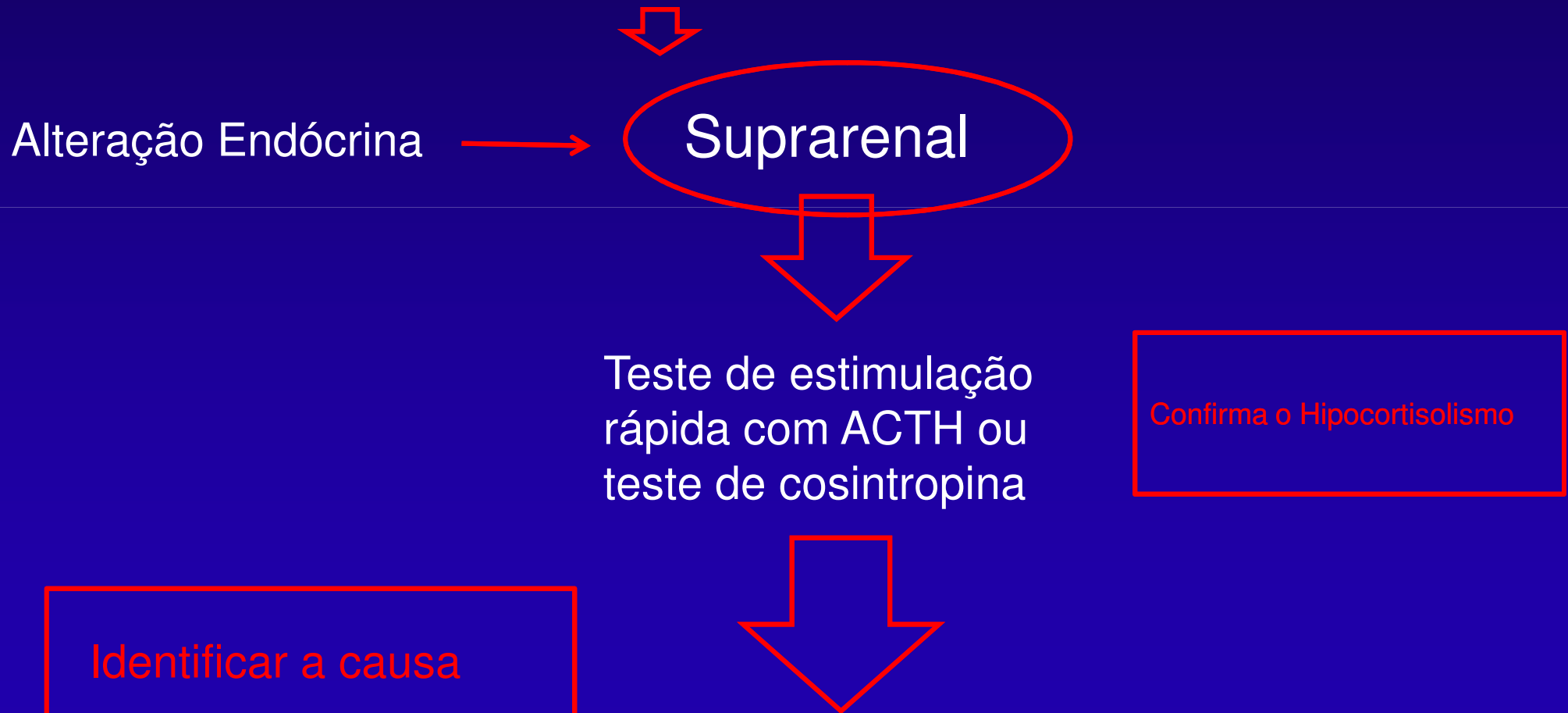
---

## Falência Ovariana Precoce

- ✓ Ocorre antes dos 40 anos
- ✓ Pode ser adquirida por irradiação pélvica, quimioterapia, processos infecciosos, cirurgia, tumores, resistência a ação das gonadotrofinas
- ✓ Quando manifestada mais tardiamente pode vir associada a fogachos e ressecamento vaginal
- ✓ Possui risco aumentado para osteoporose
- **FAVORÁVEL:** Alteração menstrual
- **DESFAVORÁVEL:** Não justifica os outros sintomas

# Condução do caso

Irregularidade menstrual, caracterizada por oligomenorréia alternada com polimenorréia + ressecamento cutâneo, prostração, fadiga e astenia + mal estar, vômitos, diarréia aquosa, sem produtos patológicos, e dor em cólica em mesogástrio, evoluindo com lipotímia.





# Teste de estimulação rápida com ACTH

Normal: SEM IA

Indeterminado

Cortisol baixo (< 20)

- Teste de tolerancia a insulina
- Teste de Metirapina

ACTH alto:  
IA 1°

Com IA

ACTH normal ou  
baixo: IA 2° OU 3°

# DISCUSSÃO CLÍNICA

---

**ASTENIA,  
FADIGA,  
PROSTRAÇÃO**

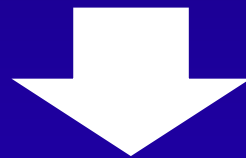
**NÁUSEA,  
VÔMITOS, DOR  
ABDOMINAL**

**LIPOTÍMIA**

**LEUCOPENIA +  
LINFOCITOSE**

**MELHORA COM  
DE SF 0,9%**

**USO DE  
CORTICOIDE**



**INSUFICIÊNCIA ADRENAL**

# INSUFICIÊNCIA ADRENAL

---

- Manifestações decorrentes da deficiência de glicocorticoides: astenia, mal estar, anorexia, perda de peso, náuseas, vômitos, hipotensão postural, dor abdominal.
- Amenorreia: ↓ androgênios e estrógenos, ↓ tônus dopaminérgico e hipogonadismo hipogonadotrófico
- Diagnóstico diferencial: APS tipo 2 (ooforite auto-imune na IA primária)
- Anemia normo-normo, linfocitose, eosinofilia e tendência a hipoglicemia

# INSUFICIÊNCIA ADRENAL

- Diagnóstico de IA central: dose ↑ corticoide, suspensão abrupta

Data	<u>11/5/17</u>	18/8/17	26/8/17 *	7/10/17 **
cortisol	-	5,0	6,1	10,9
ACTH	-	—	11,7	7,3
LH	68,3	60,6	11,2	12,2
FSH	18,9	49,4	4,5	7,1
E2	143,2	33,5	335,0	100,9

\* e \*\* : 3 semanas e 2 meses sem corticoide, respectivamente

- Eixo mineralocorticoide poupado → Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, APR normais

# EXAMES COMPLEMENTARES

- RM de sela túrcica: Normal
- Teste do estímulo com glucagon: 27/10/17 (quase 3 meses sem corticoide)
  - > 18 – 20 ou acréscimo de 9 em relação ao valor basal

	0	90'	120'	150'	180'
<b>Cortisol (ng/mL)</b>	<b>5,8</b>	<b>6,1</b>	<b>4,8</b>	<b>8,7</b>	<b>16,2</b>
<b>ACTH (pg/mL)</b>	<b>7,5</b>				

# EVOLUÇÃO

---

## ✓ Conduta expectante :

Suspensão de budesonida ou qualquer outro corticoide

Paciente entrou de férias, sem estresse: assintomática

Ciclos menstruais se regularizaram

## ✓ Prescritos

- Desloratadina + SF 0,9% nasal para sinusite

- Prednisona 5 mg/dia (glicocorticoide) e fludrocortisona (mineralocorticoide) SOS

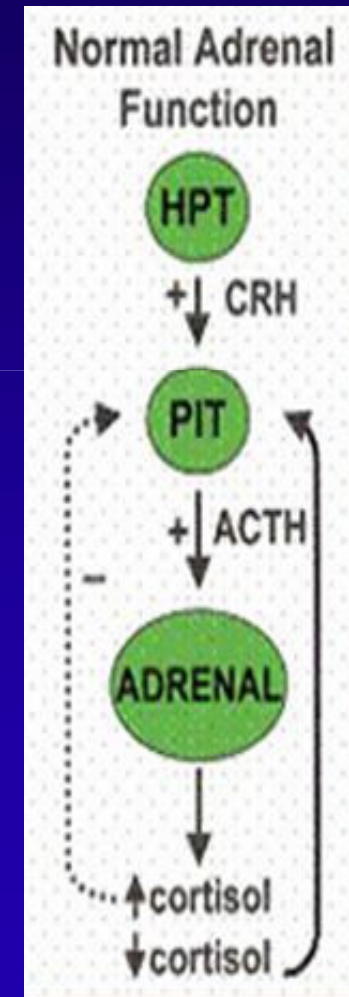
# EVOLUÇÃO

## RESPOSTA AO TRATAMENTO

<b>Hemácias (4,4 – 5,2 milhões/mm<sup>3</sup>)</b>	<b>4,780</b>
<b>Hb (13 – 15%)</b>	<b>13,6</b>
<b>Ht (37-50 %)</b>	<b>41,8</b>
<b>Leuco (4.000 - 11.000/mm<sup>3</sup>)</b>	<b>5300</b>
<b>Segment. (40 – 75%)</b>	<b>66,1%</b>
<b>Linf (20- 40%)</b>	<b>30,9%</b>
<b>Eosinófilos (2-8)</b>	<b>3,2</b>
<b>Plaq (140.000 - 400.000/mm<sup>3</sup>)</b>	<b>269.000</b>
<b>Aldosterona (2,5 - 39 mg/dL)</b>	<b>23,7</b>
<b>APR (0,32 – 1,64 ng/dL)</b>	<b>0,6</b>

# INSUFICIÊNCIA ADRENAL

- Síndrome clínica decorrente da deficiência de glicocorticoide e/ou mineralocorticoide
- Relativamente rara
- Primária ou central
- Aguda ou crônica
- Alto grau de suspeição clínica





# INSUFICIÊNCIA ADRENAL SECUNDÁRIA

---

- Principal causa: supressão do eixo por corticoides exógenos
- Uso prolongado e indiscriminado
- Potência, dose e duração da corticoterapia
- Oral, inalado, tópico, intra-articular e intra-muscular
- Sintomas insidiosos e vagos

# INSUFICIÊNCIA ADRENAL SECUNDÁRIA

## Clinical manifestations of chronic adrenal insufficiency

Symptom	Frequency, percent
Weakness, tiredness, fatigue	100
Anorexia	100
Gastrointestinal symptoms	92
Nausea	86
Vomiting	75
Constipation	33
Abdominal pain	31
Diarrhea	16
Salt craving	16
Postural dizziness	12

**Suspeita clínica de IA**

**Dosar cortisol**

**$\leq 5 \mu\text{g/dL}$**

**IA confirmada**

**ACTH basal  
Primária x Central**

**Alto**

**IA Primária**

**Anticorpos  
TC/RM abdome  
Drogas**

**$> 5 \text{ e } < 18 \mu\text{g/dL}$**

**Teste de estímulo**

**Teste do ACTH/ ITT / Glucagon**

**Normal / Baixo**

**IA Central**

**RM sela túrcica  
Revisar uso de  
drogas (corticoides)**

**$\geq 18 \mu\text{g/dL}$**

**IA excluída**

Adaptado de Bancos et al  
Lancet, 2015

# INSUFICIÊNCIA ADRENAL SECUNDÁRIA

---

- **Tratamento não-farmacológico**

  - Aumentar ingestão de sal**

  - Orientações quanto aos riscos de suspensão abrupta**

  - Dose de corticoide dobrada em situações de estresse**

- **Tratamento farmacológico**

  - Reposição de glicocorticoides**

# CORTICOTERAPIA

- Tratamento de doenças agudas: suspensão até 7 dias
- Esquemas de retirada gradual

- Dose > 40 mg/dia: ↓ 5-10 mg a cada 1-2 semanas
- Dose entre 20 – 40 mg/dia: ↓ 5 mg a cada 1-2 semanas
- Dose < 20 mg/dia: ↓ 1-2,5 mg a cada 2-3 semanas

## Menor risco de supressão do HHA

Dose de manutenção

Dose única

Dose matinal

Dose em dias alternados

Corticóides de curta ação

Uso tópico

Uso curto

# REFERÊNCIAS

---

- ✓ Bancos, I, Hahner, S, Tomlinson, J & Arlt, W 2015, DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF ADRENAL INSUFFICIENCY The Lancet Diabetes and Endocrinology, vol 3, no. 3, pp. 216-26.
- ✓ Castro, M. Insuficiência adrenal crônica e aguda. Medicina, Ribeirão Preto, Simpósio: URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS ENDÓCRINAS, METABÓLICAS E NUTRICIONAIS 36: 375-379, abr./Dez. 2003. Disponível em [http://revista.fmrp.usp.br/2003/36n2e4/24insuficiencia\\_adrenal\\_cronica\\_aguda.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/2003/36n2e4/24insuficiencia_adrenal_cronica_aguda.pdf).
- ✓ Furst, D. E., Saag, K. G. GLUCOCORTICOID WITHDRAWAL. Abril, 2018 UpToDate. Disponível em [https://www.uptodate.com/contents/glucocorticoid-withdrawal?source=history\\_widget](https://www.uptodate.com/contents/glucocorticoid-withdrawal?source=history_widget)
- ✓ Nieman, L.K. CLINICAL MANIFESTATIONS OF ADRENAL INSUFFICIENCY IN ADULTS. Abril, 2018. UpToDate. Disponível em [https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-of-adrenal-insufficiency-in-adults?topicRef=7983&source=related\\_link](https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-of-adrenal-insufficiency-in-adults?topicRef=7983&source=related_link)