

1) Cirurgia hipofisária

A cirurgia hipofisária constitui a base de tratamento da maioria dos tumores hipofisários – acromegalia, cushing e tumores não funcionantes. Nesta região, também são encontrados outros tumores potencialmente cirúrgicos, como craniofaringeomas, meningiomas, cordomas de clivus etc.

A condução do caso no intra e pós-operatório deve ter como focos evitar, diagnosticar e tratar as possíveis complicações inerentes ao procedimento, além de averiguar a eficácia da cirurgia.

Sendo assim, para o manejo das complicações pós-cirúrgicas, pode-se dividir os adenomas em **produtores e não produtores de glicocorticoide**.

No primeiro grupo (produtores de glicocorticoide) a **reposição de glicocorticoide** no pós-operatório é mandatória, tendo em vista a alta probabilidade de insuficiência suprarrenal subsequente.

Já no segundo grupo (não produtores de glicocorticoide), a possibilidade de insuficiência suprarrenal é estimada com base na avaliação clínica, laboratorial e radiológica realizada no pré-operatório e no grau de manipulação e sangramento que ocorreram na cirurgia.

Outra preocupação que se deve atentar no pós-operatório de cirurgia hipofisária refere-se à **lesão de neuro hipófise/haste** e da região hipotalâmica – que pode ser transitória ou definitiva – com conseqüente atordoamento da liberação de hormônio anti-diurético (ADH). Neste momento, pode ocorrer um padrão de liberação conhecido como **trifásico** (embora nem sempre as três fases estejam presentes):

- Inicialmente Diabetes Insipidus (DI),
- Seguido de Síndrome de Secreção Inapropriada de ADH (SIADH),
- Novamente DI.

Por apresentar este padrão e devido ao fato de a mudança de uma fase para outra ser relativamente rápida, é importante a **observação atenta da diurese e da natremia e natriurese do paciente**.

Na internação:

- **Solicitar:** T4livre, cortisol, DHEAS e sódio para todos e atualizar dosagem dos hormônios que o tumor produz ou induz a produção (ex: GH e IGF-1 em acromegálicos).

Na alta hospitalar – no 5º pós-operatório dosar

- Cortisol e sódio para todos (O cortisol sérico às 8:00 no 5º-7º PO é um parâmetro útil no prognóstico da remissão da doença de Cushing quando abaixo de 3 mcg/dl.)
- ACTH na doença de Cushing
- Prolactina nos prolactinomas
- GH, IGF-1 e prolactina nos acromegálicos
- FSH, LH e subunidade alfa nos gonadotrofinomas

- TSH, T4 livre e subunidade alfa nos tireotrofinomas.

Reposição de glicocorticóides:

Indicação:

- Grande manipulação cirúrgica (tumores duros, sangrantes) independente da cortisolemia pré-operatória
- Macroadenomas hipofisários não produtores de ACTH com cortisol pré-operatório recente < 13 µg/dl:
 - Cortisol pré-cirúrgico < 9 µg/dl → manter a cortisona durante toda a internação e após a alta.
 - Cortisol pré-cirúrgico 9-13 µg/dl, administrar apenas a cortisona parenteral no PO imediato
- Na doença de Cushing a partir do PO imediato, ao chegar na UTI

Forma de administração:

- **Intra-operatório e pós-operatório imediato:**
 - Hidrocortisona 100 mg EV imediatamente antes da indução anestésica e manter 50 mg a cada 8 hs.
- **Pós-operatório:** Acetato de cortisona via oral
 - 1º PO: 25 mg às 08:00, 14:00 e 22:00 hs.
 - 2º PO: 25 mg às 8:00 e 14:00 hs.
 - 3º e 4º PO: 25 mg às 8:00 hs e 12,5 mg às 14:00 hs.
 - 5º PO: Alta com 25 mg às 8:00 hs e 12,5 mg às 14:00 hs

Microadenomas e cortisol pré-operatório > 13 µg/dL:

- **Intra-operatório e pós-operatório imediato:** não administrar glicocorticóide.
- Prescrever todos os dias hidrocortisona 100 mg via endovenosa se houver hipotensão arterial sintomática.

Reposição de Acetato de Desmopressina quando necessário (DDAVP)

Pós-operatório:

Controlar diurese a cada 2 horas. Se sede intensa e diurese > 600 ml / 2 horas:

- Colher sódio sérico antes da administração de DDAVP
- DDAVP 1/8 ampola (1 ml = 4 µg) via subcutânea

Nunca administrar DDAVP se hiponatremia mesmo na presença de diurese elevada e **nunca administrar DDAVP em horário fixo até o 10-14º PO**: deixá-lo sempre prescrito a critério médico, a não ser que o paciente já o utilizasse no pré-operatório

Manutenção ambulatorial:

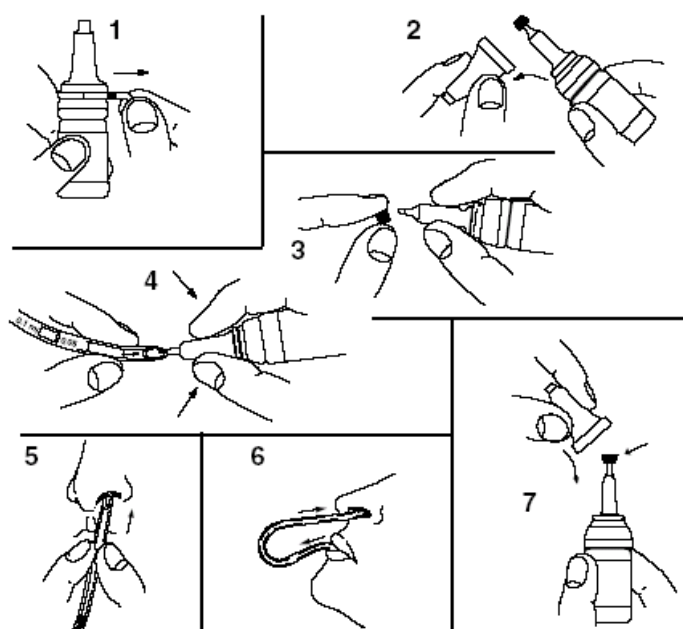
Iniciar DDAVP com dose diária de 0,1 mg via oral (meia hora antes ou 2 horas após qualquer refeição) ou 5 µg via nasal - em dose única à noite ou 2 vezes ao dia.

Dose habitual: 0,1 a 0,2 mg via oral 2-3 vezes ao dia ou 2,5 a 20 µg via nasal ao dia.

Apresentações do DDAVP:

- DDAVP spray nasal: 1 puff = 10 µg. Cem vezes mais potente que o oral.
- DDAVP solução nasal: 1 ml = 100 µg. Cem vezes mais potente que o oral. Cânula com marcações a cada 0,025 ml (2,5 µg) – vide figura abaixo
- DDAVP comprimido: 1 comprimido = 0,1 mg ou 0,2 mg.
- DDAVP ampola: 1 ml = 4 µg. Cinco a dez vezes mais potente que o nasal.

Orientação de uso do DDAVP nasal:



4. Segure a parte graduada no túbulo plástico com uma mão e coloque os dedos da outra mão em torno da parte cilíndrica do gotejador. Coloque a ponta do gotejador para baixo contra a extremidade do túbulo marcada com uma seta e comprima o gotejador até que a solução atinja a graduação desejada. A marca não numerada entre a extremidade do túbulo e a marca de 0,05 corresponde a aproximadamente 0,025 ml. Se houver dificuldade no

enchimento do túbulo, pode-se usar seringa de diabetes ou tuberculina para retirar a dose e encher o túbulo.

5. Segure o túbulo com os dedos a aproximadamente 2,0 cm da extremidade e introduza-o em uma narina até que as pontas dos dedos atinjam a narina.

6. Coloque a outra extremidade do túbulo na boca. Prenda a respiração, incline a cabeça para trás e, em seguida, sopre fortemente pelo túbulo de modo que a solução atinja o local exato na cavidade nasal. Este procedimento permite que a medicação fique limitada à cavidade nasal e não passe para a garganta.

7. Após o uso feche a tampa plástica. Lave o túbulo com água e sacuda vigorosamente até retirar completamente a água contida no túbulo. O túbulo pode então ser usado para a aplicação seguinte.