# fmusp_transpHOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP

# SERVIÇO DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA

# Grupo de Neuroendocrinologia

**Identificação:**

EPRM, 58 anos, casada, natural e procedente de Belo Horizonte (MG), comerciante, 2 filhos.

**HMA:**

Mudança de fisionomia notada a partir de 1988 - progressiva separação dos dentes, aumento das mãos, aumento do número dos calçados (33 para 37). Iniciou alteração visual e irregularidade menstrual.

Em 1990 apresentou cefaléia de forte intensidade acompanhada de vômitos. Tomografia computadorizada de crânio evidenciou tumor de hipófise (sic); submetida à cirurgia transesfenoidal. Seguimento clinico e por imagens de suposto tumor não funcionante até 1993 (exames não disponíveis). Mantinha irregularidade menstrual.

A partir de 1995 (38 anos de idade) amenorréica, ausência de ciclos mesmo com uso de medicação prescrita por ginecologista.

Em 2004, endocrinologista particular que cuidava de sua mãe, por causa dos estigmas apresentados pela paciente, solicitou exames e RM de hipófise (não disponível).

Em 2005 introduzido Octreotide LAR 20mg 28/28 dias, com boa resposta inicial (sic). Dose aumentada para 30mg cada 28 dias em 2006, porém sem melhora significativa (sic). Encaminhada para o Ambulatório de Endocrinologia – HC FMUSP.

Submetida a nova CTS em 09/06/2010. Procedimento realizado por Dr. Cescato e equipe – realizada limpeza cirúrgica de seios esfenoidais que continham material suspeito de neoplásico porém identificado como de origem inflamatória crônica em anátomo-patológico.

Foi submetida a radioterapia com dose de 50Gy em 25 fxs sobre leito tumoral com técnica de 3 campos. Período de tratamento 20.02.2012-04.04.2012. Tratamento realizado com energia de fótons 6Mnv no acelerador linear Siemens. Foi realizado planejamento conformacional 3D, o tratamento foi realizado sem interrupções (Dr Leonardo A.G.Chamon Radiooncologista)

STATUS ATUAL: Resto tumoral importante com extesão supra-para, infra-selar, mantendo hormônios elevados apesar de OCT 30 mg e CAB 3,5 mg/sem.

**ISDA:**

**Geral**: nega febre, nega alteração do apetite. Ganho de progressivo. Refere roncos e sonolência diurna. Cefaléia 1x/semana, leve. Nega alteração visual.

**Cabeça e pescoço:** cefaléia (ver HMA). Nega alteração visual.

**Cardiovascular/respiratório:** episódios de desconforto torácico na anginosos, sem relação com esforço físico. Dispnéia a esforços iniciada há 4 anos, associada a ortopnéia e edema de membros inferiores, com piora progressiva. Recentemente dispnéia ao caminhar no plano. Tosse e expectoração esporádicos.

**Gastrointestinal:** sem queixas.

**Gênitourinário:** diminuição de libido; Amenorréia desde 1995.

**Osteomuscular:** dores crônicas em joelhos e ombros.

**Neuropsicológico:** ansiedade.

**Antecedentes pessoais:**

* Bócio Mergulhante prévio
  + 1993: 1ª cirurgia: cervicotomia + toracotomia direita por nódulo em região cervical direita + bócio mergulhante 2ª cirurgia: toracotomia esquerda por bócio mergulhante, evoluindo com PCR neste tempo cirúrgico (sic).
* Remanescente de tecido tireoidiano cervical (visto em PAAF)
* Hipotireoidismo pós-cirúrgico
* Hipogonadismo hipogonadotrófico
* DM Tipo 2
* HAS
* Ex-tabagista 1 maço/dia por 15 anos, parou há 14 anos.
* Dislipidemia
* Obesidade grau 2
* Litíase biliar
* DPOC, dependente de O2 apos a última cirurgia

**Antecedentes familiares:**

* Mãe cardiopata, hipertensa e diabética falecida aos 77 anos por CA cólon.
* Pai falecido por IAM aos 83 anos.
* Irmãos: epilepsia, asma, DM, cardiopatia, HAS e tireoidopatia.

**Hábitos e vícios:**

* Ex-tabagista 25 maços-ano, parou há 5 anos.
* Não-etilista.

**Exame físico**

Peso: 111,2kg Est: 154

Bom estado geral, corada, hidratada, eupnéica, acianótica, anictérica, afebril.

Fáscies acromegálica – aumento de ossos das face, lábios, separação dos detes inferiores. Aumento de partes moles de mãos e pés. Acantose + em região cervical.

Pescoço: presença de massa submandibular de consistência fibroelástica não aderida a planos profundos de 4 cm de diâmetro

Bulhas rítmicas normofonéticas em 2 tempos sem sopros.

Murmúrios vesiculares globalmente reduzidos, sem ruídos adventícios.

Abdome: ruídos hidro-aéreos presentes, globoso, flácido, indolor, fígado e baço não palpáveis, sem massas palpáveis.

Extremidades: edema simétrico de MMII +/4, sem sinais de TVP, boa perfusão periférica.

**Exames Complementares:**

**Hormonais**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **28/10/05** | **22/05/06** | **20/11/06** | **24/04/07** | **25/04/07** | **03/03/08** |
|  | **BH** | **BH** | **BH** | **HC** | **HC** | **HC** |
| **Medicação** | Oct Lar 20mg | Oct Lar 20mg | Oct Lar 20mg | CBG 1,5mg/sem  Oct LAR 30mg 30/30d | CBG 1,5mg/sem  Oct LAR 30mg 30/30d | CBG 3,5mg/sem  Oct LAR 30mg 28/28d |
| **GH** (até 4 ,4 ng/mL) | 1,1 | 25,4 | 10,6 | 28,5 | 17 | 6,4 |
| **IGF-1** | 129  (94 – 252) | 615  (87 – 283) | 449  (87 – 283) | 999  (140-233) | 966  (140-233) | 1127  (140-233) |
| **IGFBP3** (3,4 – 6,9) |  |  |  | 8,3 | 8,2 | 8,9 |
| **PRL** (< 15 ng/mL) |  |  |  |  | <0,2 |  |
| **Insulina (**2,6 - 24,9 µU/mL) |  |  |  |  | 29,9 |  |
| **TSH** (0,27 a 4,20 µIU/mL)  **/T4L** (0,93-1,7 ng/dL) | /1,89 | 0,12/1,48 | 0,3/1,19 |  | 0,09/0,81 | 0,85/0,25 |
| **ACTH** (<46 pg/mL) |  |  |  |  |  |  |
| **F** (5-25 mcg/dL) |  | 16,4 | 15,1 |  | 17,8 |  |
| **FSH (**Mulheres:  Fase folicular: 3,5 a 12,5 IU/L Fase ovulatória: 4,7 a 21,5 IU/L Fase lútea: 1,7 a 7,7 IU/L Pós-menopausa: 25,8 a 134,8 IU/L)/  **LH** (Fase folicular: 2,4 a 12,6 IU/L Fase ovulatória: 14,0 a 95,6 IU/L Fase Lútea: 1,0 a 11,4 IU/L Pós-menopausa: 7,7 a 58,5 IU/L) |  | 3,6/0,4 |  |  | 2,9/0,9 | 5,5/1,9 |
| **E2** Mulheres:  Fase folicular: até 166,0 pg/mL Fase ovulatória 85,8 a 498,0 pg/mL Fase lútea 43,8 a 211,0 pg/mL Pós-menopausa até 54,7 pg/mL |  |  |  |  | 17 |  |
| **Testo** 20 a 49 anos: até 48 ng/dL |  |  |  |  | <11 |  |

**GTTO 75G** **02/08/06 (em uso de OCT LAR 30mg): (BH)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **0** | **30’** | **60’** | **90’** | **120’** |
| **Ins** |  |  |  |  |  |
| **GH** | 11,5 | 8,7 | 6,5 | 6,1 | 10,6 |
| **Gli** |  |  |  |  |  |

**GTTO 75G** **16/02/07 (em uso de OCT LAR 30mg): (BH)**

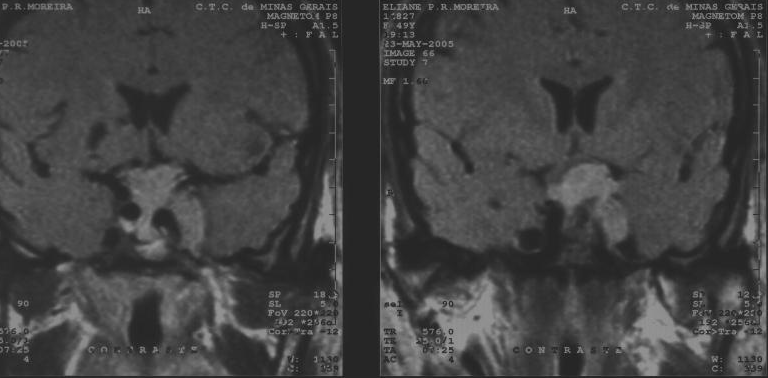
|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **0** | **30’** | **60’** | **90’** | **120’** |
| **Ins** |  |  |  |  |  |
| **GH** | 15,1 | 13,6 | 12,7 | 10,8 | 9,4 |
| **Gli** |  |  |  |  |  |

**IGF-1: 999 (87 – 283)**

**Exames de Imagem**

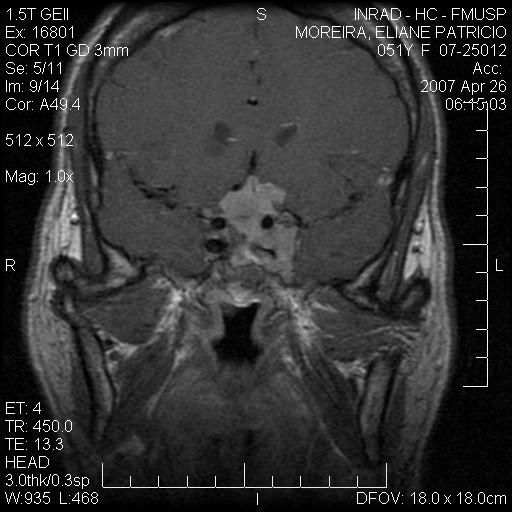
**RNM (23/05/05)**

**Coronal T1 com contraste**



**RNM (26/04/07)**

**Coronal T1 com contraste**

****

Cavidade selar alargada, entretanto, o diâmetro látero-lateral é reduzido.

Lesão expansiva selar e supra-selar com sinal intermediário em T1 e T2, que apresenta realce intenso e homogêneo pelo meio de contraste. A lesão apresenta íntimo contato com quiasma óptico, invade seio cavernoso esquerdo e insinua-se no seio cavernoso direito. Posteriormente, esta lesão estende-se para a fossa posterior estando em contato com a artéria cerebral posterior esquerda.

Lesão de aspecto seqüelar no núcleo lentiforme à direita.

Haste hipofisária não visibilizada.

Espessamento da mucosa dos seios maxilar e etmoidal direitos, caracterizado por hipossinal em T1 e hipersinal em T2.

Imagem arredondada de hipossinal emT1 e hipersinal em T2 localizada na mucosa do seio maxilar esquerdo podendo corresponder a cisto de retenção ou pólipo.

Controle. Conveniente correlação com exames prévios.

Controle evolutivo pós-operatório com sinais de restos / recidiva tumoral.  
Não há alterações significativas em relação ao exame de 17/01/2009.   
Novamente caracteriza-se a lesão expansiva selar, selar e supra-selar em contato com o quiasma e nervos ópticos, com extensão para os seios cavernosos maior à esquerda, onde envolve a carótida interna; para a fossa posterior em contato com as artérias basilar, cerebral posterior esquerda e emergência da direita; para a lâmina crivosa, septo nasal e conchas nasais.   
Também inalteradas as lesões sequelares no núcleo estriado direito e no giro reto esquerdo.

**(16/08/07):** OE – lesão quadrante superior lateral e medial

OD – lesão quadrante superior e quadrante inferior central.

**Outros Exames de Imagem**

**Ecocardiograma (30/05/07):** FE 61%, função sistólica preservada, regurgitação mitral e tricúspide, insuficiência aórtica leve, valva mitral com degeneração leve, valva tricúspide normal.

**Colonoscopia (04/01/08):**

- Pólipos em cólon ascendente, transverso e sigmóide.

- Moléstia diverticular dos cólons.

**USG Abdome (27/04/08):**Múltiplas imagens litiásicas no interior da vesícula biliar, medindo até 1,3 cm. Colecistopatia calculosa.

**USG tireóide (25/06/2008):**

- Tireóide não identificada em sua projeção habitual.  
- Presença de imagem nodular mista, medindo 1,5 x 2,8 x 2,1 cm, localizado em linha média submandibular.  
- Ausência de adenomegalia cervical.