

Um Caso Pouco Comum de Insuficiência Suprarrenal Aguda

— Almeida Nunes* —

O objetivo desta rubrica é apresentar um caso cujo interesse seja eminentemente de índole prática, que possa ajudar na clínica do dia a dia. Não tanto pela sua raridade, mas mais por algo de singularidade que deva ser enfatizado.

Não se pretende um caso académico mas bem antes, pelo suposto da denominação, um “flash” clínico. É ainda uma forma singela, mas sentida, de reeditar este conceito, havido no serviço de Medicina do Hospital de Santa Marta, em Lisboa, ao tempo do Dr. Carlos George, seu inesquecível Diretor Clínico à época.



Dr. Almeida Nunes

Homem de 55 anos vai através do INEM ao Serviço de Urgência. Está agitado e obnubilado, febril, com vômitos persistentes, conseguindo referir dor na região lombar. Tem história de fibrilhação auricular permanente, de causa valvular reumatisal mitral, e está hipocoagulado com inibidor da Vitamina K (varfarina).

O pulso é arritmico, filiforme, compatível com arritmia completa, com resposta ventricular rápida. Está hipotenso (PA = 88/46 mmHg), não tem estase pulmonar, tem rodado na ponta, está pálido, nega pré-cordialgia. Tem uma saturação de O₂ = 92%. ECG confirma fibrilhação auricular permanente, sem alterações aparentes da repolarização ventricular; tem ondas T amplas e pontiagudas. Hiponatremia importante (123mmol/l). Hipercaliemia (6,2mmol/l). Hemoglobina = 9,3 gr/dl. Ureia = 75mg/dl. Creatinina = 1,94mg/dl. Função hepática

normal. Troponinas e pró-BNP normais. INR > 7. Inicia vitamina K. Inicia solução salina dextrosada, paracetamol, metoclopramida e metimizol IV. A TAC revela significativa coleção hemorrágica a nível suprarrenal, compatível com processo hemorrágico bilateral. O doseamento do cortisol plasmático é baixo (4 µg/dl). A ACTH tem valor normal/alto (96 µg/dl).

É colocado o diagnóstico de crise suprarrenal. Inicia se *bolus* de 100mg IV de hidrocortisona, seguidos de infusão continua na ordem de 10 mg/h. É reposta a hipovolemia, associa-se mineralocorticoide (fluoridrocortisona). O doente responde, sem necessidade de amins. Não houve necessidade de cirurgia, ao contrário do que sucede nas situações traumáticas (que, como se depreende, não será o caso presente).

Esta situação não tratada é letal. O interesse deste caso, resulta na nossa opinião não tanto pela sua raridade, mas antes por, numa situação de hiponatremia, hipercaliemia, desidratação e hipotensão de difícil controlo, muitas vezes a suprarrenal não vir a diagnóstico e isso terá também de ser sempre ponderado neste contexto.

No Quadro I resumem-se algumas das causas possíveis de falência suprarrenal por hemorragia glandular bilateral (Quadro I). Na Figura 1 mostra-se uma imagem anatómica de hemorragia suprarrenal bilateral devida a uma dessas causas, o síndrome de Waterhouse-Friderichsen. Na Figura 2 mostra-se uma imagem da TAC abdominal, num doente com síndrome antifosfolipídico. Na Figura 3 mostra-se uma imagem mais am-

QUADRO I - Causas de falência suprarrenal por hemorragia glandular bilateral

- Infecções
- Doenças cardíacas como a insuficiência cardíaca congestiva ou o enfarte do miocárdio.
- Cirrose hepática.
- Pancreatite.
- Doença inflamatória do intestino.
- Traumatismo abdominal grave.
- Complicações da gravidez, tais como toxemia da gravidez e aborto espontâneo.
- Cirurgia: cirurgia coronária de “bypass”, prótese da anca, cirurgia intracraniana.
- Perturbações hemorrágicas, tais como trombocitopenia, deficiência de vitamina K, ou devidas ao uso de anticoagulantes.
- Perturbações vasculares, incluindo trombose venosa profunda (TVP), embolismo pulmonar AVC.
- Metástases nas suprerrenais de neoplasia de outra localização.
- Uso de ACTH (hormona que controla as suprarrenais) para o tratamento de certas doenças.
- Síndrome de Waterhouse-Friderichsen.

pliada, da TAC abdominal, numa hemorragia suprarrenal bilateral.

Como é obvio, a hiperpigmentação cutânea e gengival tão típica que surge na doença de Addison, nestes casos não se verifica; trata-se de uma situação aguda “sem tempo” para que esse esforço melânico da hipófise se verifique. ▲

* Especialista em Medicina Interna. Ex-Assistente Graduado do Hospital de Santa Marta, Lisboa. CLIMI, Lisboa.



FIGURA 1 - Hemorragia suprarrenal causada por síndrome de Waterhouse-Friderichsen (superfície externa da face anterior das glândulas fixadas em formol). Quase toda a superfície externa está com uma coloração mais escura, enegrecida devido a saída de sangue de dentro dos vasos para o interstício e região subcapsular. Pequenas áreas de parênquima estão preservadas, como mostram as regiões castanho-claras. O tamanho está pouco aumentado e a consistência pode ficar endurecida (figura e legenda retiradas de http://www.uftm.edu.br/patge/index.php?option=com_content&view=article&id=217:mac-0101&catid=50:5-patologia-sistema-transporte).

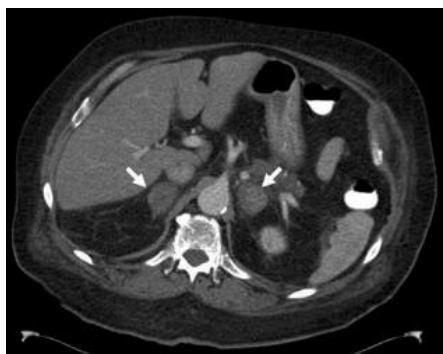


FIGURA 2 - TAC abdominal de um homem de 84 anos, com síndrome antifosfolipídico, associado a embolismo pulmonar recorrente, colite ulcerosa e diabetes *mellitus* tipo 2, tratado com varfarina e insulina, mostrando evidência de hemorragia suprarrenal bilateral (Robbins H, Hegab A, Ward H, Patel DC, Miller A, Irvine A, et al. Myelofibrosis and Antiphospholipid Syndrome Presenting With Adrenal Insufficiency Due to Bilateral Adrenal Hemorrhage: A Case Series. *Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2011; 1 (3): 142-145. Acedido em: <http://www.jofem.org/index.php/jofem/article/view/31/56>).

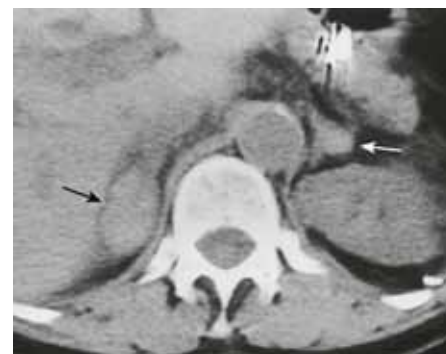


FIGURA 3 - Insuficiência suprarrenal, secundária a hemorragia suprarrenal bilateral. A TAC abdominal mostra massas hiperatenuadas em ambas as glândulas suprarrenais (setas) característica de hematoma agudo ou subagudo (Korobkin M, Francis IR: Adrenal imaging, *Semin Ultrasound CT MR* 16:317-330, 1995. Acedido em: <http://clinicalgate.com/adrenal-gland-imaging/>).



**NOVO SITE
JÁ ATUALIZADO**

www.anamnesis-revistamedica.com

No novo *site* de ANAMNESIS, inaugurado no dia 1 de Setembro de 2015 e acessível em <http://www.anamnesis-revistamedica.com>, estão agora disponíveis *online* todas as revistas publicadas desde 2012 até há 12 meses atrás.

O novo *site*, que já se encontra indexado no "Índice das Revistas Médicas Portuguesas", tem como objetivo disponibilizar a todos os profissionais de saúde (nacionais e dos países de língua oficial portuguesa) acesso gratuito aos números publicados, 6 meses após a publicação da revista (contados a partir do último mês da sua data de capa). Os artigos de cada número, estão disponíveis, de acordo com a sua tipologia, para *download* imediato ou mediante solicitação por e-mail de uma senha de acesso. O *site* inclui as Normas de Publicação de ANAMNESIS e tem também uma secção de notícias, centrada na prática clínica nacional (com destaque para os avanços e as polémicas, a nível de diagnóstico e terapêutica). As pessoas que tentarem aceder através do *site* antigo serão re-encaminhadas para o novo *site*.