

DIABETES INSIPIDUS CENTRAL TRANSITÓRIO APÓS HIPOFISECTOMIA TRANSESFENOIDAL VIDEOENDOSCÓPICA DE MICROADENOMA PRODUTOR DE GH

Congresso Online Brasileiro de Medicina, 3ª edição, de 29/11/2022 a 01/12/2022
ISBN dos Anais: 978-65-5465-003-8
DOI: 10.54265/GAVV1337

RIBEIRO; Ana Clara Pinesso ¹, DIAS; Marcos Antônio ², KURASHIMA; Nicole Iwane ³, FERRAZ; Marcela Paula ⁴, ARRUDA; Anna Catarina Gatzk de ⁵, MAZZUCO; Tânia Longo ⁶

RESUMO

INTRODUÇÃO: O diabetes insipidus (DI) ou síndrome poliúria-polidipsia é caracterizado por deficiência da vasopressina ou intolerância renal a este hormônio, o que acarreta em uma poliúria hipotônica e polidipsia. A vasopressina, também conhecida como hormônio antidiurético (ADH), controla a homeostase corporal relacionada ao equilíbrio hídrico, sendo liberada por elevações na osmolaridade plasmática. O diabetes insipidus central é uma disfunção endócrina que envolve hipotálamo e/ou hipófise posterior, caracterizada pela diminuição na secreção do ADH. A etiologia traumática do diabetes insipidus central, principalmente após cirurgia hipofisária com acesso cranial ou transesfenoidal, tem sido relatada na literatura com incidência variando de 7 a 50%. Acredita-se que sua fisiopatologia inclua a lesão dos neurônios da hipófise posterior, causando liberação insuficiente de vasopressina, além de outros fatores como isquemia transitória nestes neurônios devido à manipulação da haste hipofisária. Sabe-se que a doença pode ser transitória ou permanente. Sua apresentação pode ser trifásica, após traumas crânio-encefálicos em cirurgias de tumores relacionados à região hipotálamo-hipofisária. O diagnóstico costuma ser realizado logo nas primeiras 48 horas do pós-operatório com uma poliúria (>300mL/h), densidade urinária menor que 1005 mOsmol/kg, sede excessiva, osmolaridade sérica acima de 300 mOsmol/kg e sódio sérico maior que 145 nmol/L. Em grandes centros, têm sido implementada a dosagem de copeptina, um peptídeo C-terminal da pró vasopressina, que reflete os níveis deste hormônio, em que níveis menores que 2,5 pmol/L sugerem DI. De acordo com dados na literatura, adenomas produtores de hormônio de crescimento (GH) são o terceiro tipo histológico mais relacionado a diabetes insipidus quando submetidos a operação cirúrgica, portanto, além de procurar prevenir essa complicação é recomendado seguir protocolos para identificação precoce e acompanhamento clínico e terapêutico adequado. **OBJETIVOS:** Relatar o caso de uma paciente portadora de acromegalia subclínica devido a adenoma hipofisário produtor de GH submetida a uma hipofisectomia transesfenoidal microscópica no Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina (HU - UEL), que apresentou diabetes insipidus no terceiro dia de pós-operatório. **METODOLOGIA:** Estudo observacional do tipo descritivo. Foram coletados, após consentimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) pela paciente, os dados do prontuário necessários para descrição do caso, no período de 2018 a

¹ Pontifícia Universidade Católica do Paraná – Campus Londrina (PUCPR-LON), anaclara.pinesso@gmail.com

² Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina (HU-UEL), marcos.antonio.dias@uel.br

³ Universidade Estadual de Londrina (UEL), nicole.kurashima@uel.br

⁴ Universidade Estadual de Londrina (UEL), marcelapferraz@yahoo.com

⁵ Universidade Estadual de Londrina (UEL), annacatarina@uel.br

⁶ Universidade Estadual de Londrina (UEL), tmazzuco@uel.br

2022. Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética institucional, registrado sob nº 5.393.653 na plataforma Brasil. **RESULTADOS:** Paciente do sexo feminino, 53 anos, com quadro de cefaleia crônica, realizou investigação de imagem de crânio em 2017 e foi descoberto incidentaloma de hipófise. Exames laboratoriais para hormônios hipofisários e glândulas-alvo revelaram dosagem de somatomedina C (ou IGF-1) de 306 ng/mL (limite superior da normalidade = 252 ng/mL), e ausência de supressão de GH após curva de sobrecarga de glicose em 2018. Nesta mesma época, a ressonância nuclear magnética (RNM) de hipófise mostrou lesão nodular à direita, medindo 8.5 mm, com desvio da haste hipofisária para a esquerda. Desta forma, foi levantada a hipótese de acromegalia de apresentação subclínica devido a microadenoma hipofisário produtor de GH. Paciente foi admitida no nosso ambulatório multidisciplinar de neuroendocrinologia e neurocirurgia, com exames prévios e tendo iniciado tratamento com cabergolina. Foi indicado tratamento cirúrgico, e enquanto aguardava liberação de vaga hospitalar para o procedimento, o tratamento com cabergolina foi substituído por análogo da somatostatina (octreotida) em 2019. Houve aumento do volume tumoral de 0,23 cm³ para 0,44 cm³ (+ 91,3 %) verificado nos exames de RNM de hipófise mesmo com tratamento medicamentoso. A maioria das cirurgias de hipófise foram suspensas durante a pandemia de covid-19 por necessitar de acompanhamento em unidade de terapia intensiva (UTI) no pós-operatório. Finalmente, em 2022 foi realizado tratamento cirúrgico por via transesfenoidal videoendoscópica com retirada macroscópica completa da lesão, que possuía um aspecto amolecido, com cor cinza claro, não sendo observado sangramento intrasselar, fístula líquórica ou herniação do conteúdo selar durante o intraoperatório. Após o procedimento cirúrgico, a paciente permaneceu sob supervisão em UTI no pós-operatório imediato (POI), com acompanhamento concomitante pela equipe de endocrinologia e otorrinolaringologia. Realizado monitoramento do balanço hídrico da paciente periodicamente, com registro rigoroso de volumes de diurese, infusão e ingesta de água, bem como dos níveis séricos de sódio, densidade urinária, osmolaridade sérica, urinária, e controle radiológico com tomografia computadorizada de crânio, que afastou sinais de fístula líquórica, hemorragias intracraniana ou intrasselar. No terceiro dia de pós operatório, a paciente iniciou com poliúria progressiva (> 7000 mL/24 horas), sede intensa, além de hipernatremia (149 nmol/L) e osmolaridade sérica elevada (600 mOsmol/kg), com baixa densidade urinária (1002 mOsmol/kg), sendo portanto realizado o diagnóstico de diabetes insipidus central. Foi realizado tratamento com uma dose de desmopressina (DDAVP) intranasal, o que levou à redução do volume urinário, controle de sódio sérico e aumento de densidade urinária. A paciente recebeu uma nova e última dose de DDAVP no dia seguinte, para controle da poliúria, mantendo quadro estável nos dias subseqüentes e sem necessidade de manutenção do tratamento medicamentoso, uma vez que houve remissão do quadro de DI. O último controle radiológico foi realizado com RNM que demonstrou ausência de lesão tumoral, bem como a presença da haste hipofisária e do tecido hipofisário dentro do compartimento selar. **CONCLUSÃO:** O diabetes insipidus central ocorre como complicação pós-operatória em hipofisectomias em até 50% dos pacientes. Apesar de já ser reconhecida sua importância e a necessidade de um acompanhamento multidisciplinar (neurocirurgia e endocrinologia) no pós-operatório, poucos serviços hospitalares brasileiros possuem equipe especializada. O acompanhamento pós-operatório é fundamental para a identificação e monitoramento adequado do diabetes insipidus central,

¹ Pontifícia Universidade Católica do Paraná – Campus Londrina (PUCPR-LON), anaclara.pinesso@gmail.com

² Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina (HU-UEL), marcos.antonio.dias@uel.br

³ Universidade Estadual de Londrina (UEL), nicole.kurashima@uel.br

⁴ Universidade Estadual de Londrina (UEL), marcelapferraz@yahoo.com

⁵ Universidade Estadual de Londrina (UEL), annacatarina@uel.br

⁶ Universidade Estadual de Londrina (UEL), tmazzuco@uel.br

evitando tratamento excessivo com desmopressina e risco de intoxicação hídrica principalmente após recuperação dos casos transitórios.

PALAVRAS-CHAVE: Acromegalia, Adenoma de hipófise, Diabetes Insipidus central, Neurocirurgia

¹ Pontifícia Universidade Católica do Paraná – Campus Londrina (PUCPR-LON), anaclara.pinesso@gmail.com
² Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina (HU-UEL), marcos.antonio.dias@uel.br
³ Universidade Estadual de Londrina (UEL), nicole.kurashima@uel.br
⁴ Universidade Estadual de Londrina (UEL), marcelapferraz@yahoo.com
⁵ Universidade Estadual de Londrina (UEL), annacatarina@uel.br
⁶ Universidade Estadual de Londrina (UEL), tmazzuco@uel.br