

NEFRECTOMIA E INSUFICIÊNCIA RENAL EM PACIENTE IDOSA COM ADENOMA DE PARATIREÓIDE ERRONEAMENTE DIAGNOSTICADA E TRATADA COMO OSTEOPOROSE: UM REFLEXO DA NÃO SUSPEIÇÃO DIAGNÓSTICA

Autor: Lis Maria Farias Sousa Borges¹; Coautores: Francisco Sormanni Farias Lucena²; Mikhael Ranier Leite Ramalho¹; Rafael de Oliveira Sousa¹; Orientador (a): Kelsilene Farias Lucena³.

1. Acadêmico de medicina da Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte (FMJ). E-mail: lismariaborges@gmail.com
2. Mestrando de medicina da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC). E-mail: posgraduacao@fmabc.br
3. Doutoranda de medicina da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC). E-mail: posgraduacao@fmabc.br

INTRODUÇÃO

O paratormônio (PTH) consiste em um peptídeo sintetizado pelas glândulas paratireóides, possuindo peso molecular de aproximadamente 8500 D. Apresenta importante função no metabolismo do cálcio (Ca) e fósforo (P) sérico, mediante a atuação sobre os túbulos renais inibindo a reabsorção dos fosfatos. Quanto ao metabolismo do Ca, o PTH é fundamental no remodelamento ósseo, regulando a reabsorção deste íon e auxiliando na manutenção dos níveis séricos entre os valores 8.9 – 10 mg/%.^{1,2}

Para que ocorra a manutenção apropriada do balanço entre Ca e P, a regulação através do PTH é imprescindível. Alterações neste mecanismo regulador do PTH pode desencadear alterações na densidade mineral óssea, bem como alterações renais¹. A hipersecreção do PTH caracteriza o Hiperparatireoidismo, podendo este distúrbio ser classificado como primário ou secundário.^{3,4} O Hiperparatireoidismo Primário (HPTP) é uma entidade clínica decorrente de uma alteração no próprio funcionamento das paratireóides sem uma causa subjacente.^{5,6}

O HPTP acomete preferencialmente indivíduos entre 50 e 60 anos, principalmente em mulheres na pós-menopausa, obedecendo a razão de 3:1 em relação ao sexo masculino^{7,5,8}. Em cerca de 85 a 90% dos casos atribuiu-se como causa principal o adenoma solitário de paratireóide.⁹

Na suspeita de HPTP, deve-se solicitar exames laboratoriais para elucidação diagnóstica, sendo a hiperfosfatúria o primeiro achado laboratorial a ser encontrado.¹ Vale ressaltar que, níveis séricos elevados de PTH consistem em uma alteração comum na investigação de osteopenia/osteoporose em idosos.¹⁰

O curso clínico deste distúrbio metabólico é caracterizado por uma evolução lenta e gradual na maioria dos casos. Dentro do espectro clínico pode-se observar desde formas assintomáticas, em grande parcela dos casos, até manifestações como: náusea, diarréias e úlceras gastrointestinais.¹ A nefrolitíase ocorre em cerca de 20% dos casos, alterações ósseas em aproximadamente 30% e em menor percentual manifestações neuropsiquiátricas e/ou neurocognitivas.^{11,12,13,14}

Por possuir uma constelação diversa de sinais e sintomas, bem como de alterações laboratoriais e radiológicas, o HPTP deve ser amplamente conhecido pelos médicos assistentes. A suspeição precoce, aliada ao correto diagnóstico e manejo adequado do paciente é fundamental para evitar as complicações graves e irreversíveis da patologia, dentre elas pode-se citar: lesões renais, ósseas e em situações mais severas o óbito.

OBJETIVO GERAL

Relatar um caso de hiperparatireoidismo primário em uma paciente idosa que erroneamente estava sendo tratada como caso de osteoporose, a qual teve um desfecho desfavorável culminando com nefrectomia direita e a perda temporária da função renal.

METODOLOGIA

Delineamento do estudo

O presente estudo se qualifica como relato de caso.

Local de estudo

O estudo foi realizado no ambulatório do Centro de Nefrologia de Juazeiro do Norte localizado no município de Juazeiro do Norte – Ceará. O mesmo é referência para uma população média de um milhão de habitantes compreendendo a microrregional sul, além de cidades fronteiriças do estado de Pernambuco.

População e amostra

Paciente com idade acima de 60 anos em acompanhamento no ambulatório do Centro de Nefrologia de Juazeiro do Norte.

Definição das variáveis do estudo

Idade, sexo, exames laboratoriais, medicamentos utilizados.

Instrumento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através do estudo do prontuário da paciente mediante autorização.

Aspectos éticos

A identidade da paciente será devidamente preservada e a pesquisa respeitará às considerações éticas da Norma Brasileira 196/96 e 251/97.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Paciente do gênero feminino, 78 anos, apresentava quadro de dor lombar e astenia. Diagnosticou-se osteoporose mediante exame de densitometria óssea pelo método DXA durante consulta clínica, sendo prescrito na ocasião reposição de vitamina D (400µg) e carbonato de cálcio 400mg. Após 6 meses do início das medicações, paciente cursou com fortes dores lombares, pielonefrite por nefrolitíase, abscesso renal culminando em nefrectomia direita. Após o quadro supracitado estabeleceu-se tratamento hemodialítico por 3 meses, com melhora parcial da função renal seguida de alta da terapia dialítica. A reposição de cálcio e vitamina D foram suspensas. Procedeu-se assim à investigação laboratorial que evidenciou elevação dos níveis séricos de cálcio (14 mg/dL), fósforo (6mg/dL) e de paratormônio (285 pg/mL), além de níveis normais de vitamina D (35 ng/mL), configurando um quadro sugestivo de hiperparatireoidismo primário. Realizou-se cintilografia por SESTAMIBI-99mTc que identificou nódulo hipercaptante com características de adenoma. Tais achados levaram ao diagnóstico de hiperparatireoidismo primário causado por adenoma de paratireoide. A paciente foi então submetida à procedimento cirúrgico e à biópsia de congelamento da lesão. Esta revelou características benignas, afastando a hipótese de carcinoma. Após a ressecção do nódulo, observou-se normalização dos níveis de paratormônio, cálcio, fósforo e melhora das fortes dores lombares previamente referidas. A paciente permanece em acompanhamento ambulatorial da função renal, com níveis pressóricos adequados, analgesia e fisioterapia para alívio das dores lombares.

CONCLUSÕES

Este estudo demonstrou que o uso indiscriminado da reposição de cálcio e vitamina D em pacientes idosos sem a prévia avaliação clínica adequada resultou, em conseqüências desastrosas à paciente. Percebe-se que a análise prévia dos níveis de paratormônio, cálcio, calciúria, vitamina D e fósforo durante avaliação clínica, são fundamentais antes da terapêutica de reposição de cálcio e vitamina D em pacientes idosos erroneamente diagnosticados. Desta forma, minimizam-se os riscos de desfechos desfavoráveis e usualmente fatais, decorrentes de práticas médicas incompletas e, portanto, inadequadas para população geriátrica.

REFERÊNCIAS

1. Prospero José Donato de, Baptista Pedro Pericles Ribeiro, Amary Maria Fernanda Carriel, Santos Priscila Pizzo Crêm dos. Paratireóides: estrutura, funções e patologia. Acta ortop. bras. [Internet]. 2009 [cited 2015 Aug 27]; 17(2): 53-57.
2. JUNQUEIRA LC, Carneiro J. Histologia Básica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995
3. França Tatiana Clementino Pinto Toscano de, Griz Luiz, Pinho Jorge, Diniz Erik Trovão, Andrade Luena Dias de, Lucena Cynthia Salgado et al . Bisfosfonatos podem minimizar a fome óssea após paratireoidectomia em pacientes com hiperparatireoidismo primário e osteíte fibrosa cística. Rev. Bras. Reumatol. [Internet]. 2011 Apr [cited 2015 Aug 27]; 51(2): 131-137.
4. DeLellis RA, Mazzaglia P, Mangray S. Primary hyperparathyroidism: a current perspective. Arch Pathol Lab Med 2008; 132(8):1251-62.
5. Bandeira Francisco, Griz Luiz, Chaves Narriane, Carvalho Nara Crispim, Borges Livia Maria, Lazaretti-Castro Marise et al . Diagnosis and management of primary hyperparathyroidism: a scientific statement from the Department of Bone Metabolism, the Brazilian Society for Endocrinology and Metabolism. Arq Bras Endocrinol Metab [Internet]. 2013 Aug [cited 2015 Aug 27]; 57(6): 406-424.
6. Bilezikian JP, Brandi ML, Rubin M, Silverberg SJ. Primary hyperparathyroidism: new concepts in clinical, densitometric and biochemical features. J Intern Med. 2005;257:6-17.
7. Costa Mônica Barros, Lanna Carla Marcia Moreira, Braga Maria Helena, Magalhães Simone. Avaliação da hipercalcemia assintomática em pacientes ambulatoriais. J. Bras. Patol. Med. Lab. [Internet]. 2008 Oct [cited 2015 Aug 27]; 44(5): 329-335.
8. Brandi ML, Gagel RF, Angeli A, Bilezikian JP, Beck-Peccoz P, Bordi C, et al. Guidelines for diagnosis and therapy of MEN type 1 and type 2. J Clin Endocrinol Metab. 2001;86:5658-71.
9. Rodgers SE, Lew JI, Solórzano CC. Primary hyperparathyroidism. Curr Opin Oncol. 2008;20:52-8.
10. Farias Maria Lucia Fleiuss de. Hiperparatireoidismo primário: importante confirmar primeiro, localizar depois. Arq Bras Endocrinol Metab [Internet]. 2010 June [cited 2015 Aug 27]; 54(4): 343-344.
11. Bandeira F, Caldas G, Freese E, Griz L, Faria M, Bandeira C. Relationship between vitamin D serum status and clinical manifestations of primary hyperparathyroidism. Endocr Pract. 2002;8:266-70.
12. Suh J, Cronan JJ, Monchik JM. Primary hyperparathyroidism: is there an increased prevalence of renal stone disease? AJR Am J Roentgenol. 2008;191(3):908-11.
13. Rejnmark L, Vestergaard P, Mosekilde L. Nephrolithiasis and renal calcifications in primary hyperparathyroidism. J Clin Endocrinol Metab. 2011;96(8):2377-85.
14. Khan A, Bilezikian JP. Primary hyperparathyroidism: pathophysiology and impact on bone. CMAJ. 2000;163(2):184-7.