

Desafios no diagnóstico de Insuficiência Adrenal Primária em paciente portador de DM2

Autores: Laila Mameri Pires¹; Carolina Correa Brandão de Abreu²; Eduardo Henrique Meneses Prado³; João Paulo Pereira Martins⁴; Leticia Carneiro Brant⁵

- 1 - Residente da Clínica Médica Hospital Santa Casa de Misericórdia, Belo Horizonte.
Email: lailamameri@hotmail.com
- 2 - Residente da Clínica Médica Hospital Santa Casa de Misericórdia, Belo Horizonte.
Email: carolinabreu0@gmail.com
- 3- Residente da Clínica Médica Hospital Metropolitano Odilon Behrens, Belo Horizonte.
Email: eduardoohmp@gmail.com
- 4 - Residente da Endocrinologia Hospital Santa Casa de Misericórdia, Belo Horizonte.
Email: joao.paulo.p.martins@hotmail.com
- 5 - Residente da Endocrinologia Hospital Santa Casa de Misericórdia, Belo Horizonte.
Email: letletbrant@gmail.com

Introdução: a insuficiência adrenal primária é caracterizada pela produção inadequada de hormônios glicocorticoides devido a uma alteração no córtex da glândula adrenal. Existem diversas etiologias, como autoimune, infecciosa e infiltrativa, e o quadro clínico pode se apresentar de forma inespecífica, fato que muitas vezes dificulta o diagnóstico.

Objetivos: apresentar um relato de caso de insuficiência adrenal primária de apresentação atípica diagnosticada em paciente com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), após exclusão de causas cardíacas e complicações do diabetes, como gastroparesia e disautonomia.

Métodos: consulta em prontuário eletrônico e pesquisa na literatura sobre casos semelhantes, bem como diagnósticos diferenciais da entidade clínica.

Resultados: L.R.S, 67 anos, masculino, portador de hipertensão e DM2 há 4 anos, em uso de insulina basal, foi admitido no serviço de clínica médica de um Hospital de Belo Horizonte para investigação de quadro de síncope e emagrecimento. Relatava ter apresentado perda de consciência por 30 segundos, presenciada, sem estigmas de crise convulsiva tônica clônica generalizada, além de perda de 30 kg em 6 meses, associado a constipação intestinal e plenitude gástrica. À admissão, apresentava hiponatremia (132mEq/L), hipercalemia (6mEq/L) e disfunção renal, que também motivaram internação prévia há 02 meses com alta após hidratação venosa.

Ao exame físico, apresentava hipotensão ortostática, sem demais achados. Apresentou hipoglicemia durante a internação após retorno de insulina basal (15-0-4UI), com posterior suspensão de insulinoterapia, mantendo glicemias dentro do alvo.

Realizados ecocardiograma e Holter de 24 horas, sem alterações. Demais exames para investigação de gastroparesia diabética também inocentes.

Após extensão laboratorial, foi constatado ACTH 1250pg/mL (VR< 46 pg/mL), cortisol às 7 horas: 1,1mcg/dL e sódio urinário 84 mmol/L, sendo confirmado diagnóstico de insuficiência adrenal primária e iniciado tratamento com fludrocortisona e prednisona, com boa resposta clínica. Tomografia Computadorizada de Abdome mostrou espessamento nodular de haste adrenal medial à esquerda. O paciente recebeu alta assintomático, com seguimento ambulatorial.

Conclusões: A insuficiência adrenal deve estar entre as hipóteses diagnósticas diante de manifestações clínicas variadas, principalmente quando associadas a hiponatremia e hipercalemia. A dificuldade na identificação e o atraso no tratamento podem ser potencialmente fatais.

Descritores: Insuficiência Adrenal; Diabetes Mellitus tipo 2; Síncope vasovagal; Disautonomia; Hiponatremia; Hiperpotassemia.