



## RESUMOS

### ADRENAL E HIPERTENSÃO

#### **TP1 - LINFOMA ADRENAL PRIMÁRIO APRESENTANDO-SE COMO INCIDENTALOMA ADRENAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA**

Ozorio MF<sup>1</sup>; Colombo AMJ<sup>1</sup>; Demczuc D<sup>1</sup>; Ferreira AM<sup>2</sup>; Ferreira AM<sup>2</sup>; Deringer CR<sup>1</sup>; Silva LM<sup>1</sup>;  
1 - UNIVALI; 2 - UFPR;

**Introdução:** Embora o acometimento adrenal secundário pelos linfomas não seja incomum, o linfoma primário de glândulas adrenais é um evento raro. Devido à agressividade desse tumor, a forma mais comum de apresentação é a insuficiência adrenal primária, sendo muito infreqüente a apresentação na forma de um incidentaloma adrenal. **Objetivo:** Descrever o caso de um paciente de 61 anos portador de linfoma difuso de grandes células B com acometimento primário bilateral de glândulas adrenais, este se apresentando na forma de um incidentaloma adrenal. **Material e métodos:** Relato do caso, revisão de exames e discussão baseada na literatura. **Resultados:** Paciente masculino, 61 anos, previamente hígido, apresentou-se em consulta ambulatorial com queixa de dor abdominal difusa e perda de peso e astenia associados. Exames de imagem evidenciaram aumento volumétrico de ambas as adrenais (10x6,7cm à direita e 9,2x6,8cm à esquerda). Não havia sintomas ou sinais clínicos sugestivos de hipo ou hiperfunção adrenal e os exames laboratoriais iniciais descartaram a presença de insuficiência adrenal, feocromocitoma, hiperaldosteronismo primário e síndrome de Cushing. O paciente evoluiu com queda progressiva do estado geral, sendo internado apresentando vômitos e confusão mental, com diagnóstico clínico de crise adrenal, confirmado laboratorialmente. O estudo histológico evidenciou neoplasia maligna indiferenciada, sendo definida a presença de linfoma difuso de grandes células B na avaliação imunohistoquímica. **Conclusões:** Incidentalomas adrenais correspondem a tumores só identificados após a realização de exames de imagem para esclarecimento de alguma anormalidade sem origem, a princípio, nas glândulas adrenais. O linfoma adrenal primário corresponde a 1-3% dos casos de linfoma extranodal, com poucos casos relatados na literatura. A prevalência é maior em homens (3:1), com acometimento preferencial ao redor da sétima década e essa neoplasia parece ter como um fator predisponente a imunodeficiência. Apesar de ser uma condição rara – os linfomas primários e secundários das glândulas adrenais correspondem a cerca de 3-5% dos incidentalomas - essa neoplasia deve ser lembrada como um possível diagnóstico neste contexto.

**PALAVRAS-CHAVE:** Incidentaloma Adrenal; Linfoma; Insuficiência Adrenal



## DIABETES MELLITUS

### TP2 - BAIXA ESTATURA E ATRASO PUBERAL SECUNDÁRIOS A DIABETESMELLITUS TIPO 1 CRONICAMENTE DESCOMPENSADO: RELATO DE CASO

Pereira DA<sup>1</sup>; Ronsoni MR<sup>1</sup>; Silva MC<sup>1</sup>; Kowalski ME<sup>1</sup>; Canalli MHB<sup>1</sup>; Colombo G<sup>1</sup>; Hohl A<sup>1</sup>; Coral MHC<sup>1</sup>; 1 - UFSC;

**Introdução:** No diabetes melito tipo 1 (DM1), as alterações metabólicas decorrentes do estado de hipoinsulinismo podem prejudicar o crescimento estatural e promover retardo de desenvolvimento. O crescimento adequado resulta da complexa interação multifatorial. Estudos demonstram redução na estatura final no paciente DM1 em relação ao desvio-padrão para a mesma faixa etária.

**Relato do Caso:** Masculino, 20 anos, DM1 diagnosticado aos 8 anos por descompensação aguda. Interna para ajuste de medicações e compensação clínica. Pré-púbere, 154 cm altura (alvo 183 cm), 47 kg, envergadura 150 cm, segmento inferior 83 cm, atrofia muscular difusa, lipodistrofia importante, abdome flácido e globoso, hepatomegalia, voz fina, anasarca. Genital: pênis 5 cm, testículos tópicos, 6 ml bilateral, pelos estágio P3, fimose. Sem pelos axilares ou em outras regiões androgênicas. Avaliação laboratorial: HbA1c 18,1% (VR < 6%), TGO 119 U/l (VR 15 a 37), TGP 190 U/l (VR 52 a 64), GGT 440 U/l (VR 15 a 85), fosfatase alcalina 255 U/l (VR 50 a 136), albumina 1,4 g/dl (VR 3,4 a 5). Avaliação hormonal: TSH 6,71 µIU/ml (VR 0,4 a 4), FSH 0,11 mU/ml (VR 0,7 a 11), LH < 0,11 um/ml (VR 0,8 a 7,6), testosterona 21,6 ng/dl (VR 245 a 1600), IGF1 106 ng/dl (VR 220 a 972), IGFBP3 4,21 µg/ml (VR 2,2 a 10). Sorologias virais: negativas. Anticorpo antitireoglobulina e antitireoperoxidase: negativos. RX idade óssea: compatível com 14 anos. Ultrassonografia abdome: hepatomegalia. Ecocardiograma: normal. Fundo de olho: retinopatia diabética com edema macular à esquerda. Proteinúria/24 horas: 4109 mg/24 h (VR 150 mg/24h). Avaliação genética: não compatível com síndromes. Ajustado insulino terapia com melhora gradual do perfil glicêmico.

**Discussão:** O déficit de crescimento estatural observado no DM1 é multifatorial. As concentrações reduzidas de insulina levam a um aumento dos níveis de IGFBP-1, que liga-se ao IGF-1 e inibe sua atividade, prejudicando o controle metabólico e o crescimento celular. O controle glicêmico rígido tem como objetivo, além da prevenção das complicações micro e macrovasculares, a prevenção de anormalidades do eixo somatotrófico, permitindo um crescimento e desenvolvimento adequados.

**PALAVRAS-CHAVE:** Diabetes Mellitus Tipo 1; Baixa Estatura; Atraso Puberal



### TP3 - DIABETES MELLITUS TIPO 2 E PREJUÍZO NA MOBILIDADE FUNCIONAL

Fachin SM<sup>1</sup>; Tozatti J<sup>1</sup>; Piaia C<sup>1</sup>; Ciotta C<sup>1</sup>; Oliveira PP<sup>1</sup>; Ferreira MC<sup>1</sup>;

1 - Unochapecó;

**Introdução:** O diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é uma das doenças crônicas mais prevalentes nos idosos e pode levar a prejuízo na mobilidade funcional, um conjunto de fatores, que engloba principalmente equilíbrio, postura e estabilidade de marcha. Dentre as possíveis conseqüências da reduzida mobilidade funcional encontram-se a desautonomia e as quedas, que aumentam o risco de fraturas. **Objetivo:** Avaliar a influência do DM2 descompensado na mobilidade funcional. **Métodos:** Estudo caso-controle com 118 indivíduos, sendo 50 diabéticos com controle glicêmico inadequado e 68 não-diabéticos, ambos os grupos com faixa etária entre 50 e 65 anos. Foram incluídos diabéticos descompensados (glicemia de jejum >200 mg/dl) e não-diabéticos (glicemia de jejum <100 mg/dl). Todos os pacientes passaram por um questionário (em que responderam se caíram no último ano) e por um teste de mobilidade funcional "Time Up & Go" (TUG), que consiste em avaliar o tempo gasto para levantar-se, percorrer uma distância de 3 metros, voltar e sentar-se. O tempo em segundos apresenta correlação com risco de quedas. Este projeto possui financiamento através de bolsas de iniciação científica FUNDESTE e PIBIC/CNPQ. **Resultados:** Os indivíduos do grupo DM2 apresentaram pior desempenho no TUG ( $p < 0,05$ ), sendo que o maior número de pacientes situou-se no intervalo entre 10 e 20 segundos (médio risco), ao contrário do grupo controle, cuja prevalência foi no intervalo inferior a 10 segundos (baixo risco). A curva ROC indicou que o tempo que melhor delimitou o grupo com DM2 foi de 10 segundos (Acurácia de  $AUC = 0,69 \pm 0,52$ ). **Discussão e Considerações finais:** Observamos que houve maior risco de quedas no grupo dos diabéticos, considerando o desempenho no TUG, o que sugere um prejuízo na mobilidade funcional neste grupo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Diabetes mellitus; Mobilidade Funcional; Risco de quedas.



#### TP4 - DIABETES NEONATAL: RELATO DE CASO

Camícia TG<sup>1</sup>; Dornelles MD<sup>1</sup>; Michelotti CS<sup>1</sup>; Tagliari GGM<sup>1</sup>; Dotto RS<sup>1</sup>; Nogueira LA<sup>1</sup>; Hennig IR<sup>1</sup>; Pereira WG<sup>1</sup>; Ribas CR<sup>1</sup>; Dias EC<sup>1</sup>; Medeiros MS<sup>1</sup>; Dalbosco IS<sup>1</sup>;  
1 - FURG;

**Introdução:** O diabetes neonatal é uma condição caracterizada por hiperglicemia, que necessita de tratamento com insulina, diagnosticada nos primeiros meses de vida. Apesar de a palavra neonatal corresponder ao período que vai do nascimento até o 28º dia de vida, considera-se o diabetes como sendo neonatal se diagnosticado antes dos seis meses de vida. Isso porque, antes desse período, praticamente todos os casos se devem a uma mutação em um único gene. Existem várias alterações de base molecular que levam ao diabetes mellitus neonatal, e que diferem dos mecanismos que levam ao diabetes tipo 1 e tipo 2. **Relato de caso:** Criança do sexo masculino, em que foi diagnosticado o diabetes com a idade de dois meses e oito dias, em quadro de cetoacidose diabética, com glicemia de 1238 mg/dl. Foi iniciado tratamento com insulina regular, havendo estabilização do quadro. Depois de enviado material para exame genético, foi revelada uma mutação no gene KCNJ11, o qual codifica uma subunidade do canal de potássio sensível ao trifosfato de adenosina (ATP), presente na célula beta pancreática, vital para a secreção normal de insulina. Com isso, o paciente substituiu o uso de insulina pelo uso de glibenclamida (sulfoniluréia), uma medicação normalmente usada no diabetes mellitus tipo 2, mas que age justamente no canal de potássio ATP-sensível. A substituição da medicação obteve sucesso, com bom controle glicêmico. **Discussão:** Considerando que todos os casos de diabetes neonatal são mais bem esclarecidos com a descoberta das bases moleculares da doença, essa condição, apesar de rara, deve ser lembrada e pesquisada quando encontramos o diabetes em crianças menores de seis meses. A identificação dos mecanismos genéticos permite um melhor entendimento das disfunções da célula beta. Com isso, podemos introduzir novos esquemas terapêuticos, mais efetivos, e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

**PALAVRAS-CHAVE:** Diabetes Neonatal; Genética; Terapêutica



## TP5 - PERFIL DE RISCO CARDIOVASCULAR DE UMA CAMPANHA SOCIAL PROMOVIDA PELO INSTITUTO DE ENDOCRINOLOGIA E DIABETES DE JOINVILLE (IEJE – CAD)

Baggenstoss R<sup>1</sup>; Souza BV<sup>2</sup>; Araújo LA<sup>2</sup>; Rodrigues GS<sup>2</sup>; Oliveira DB<sup>3</sup>; SOUZA MM<sup>3</sup>; CHICOTA CMM<sup>3</sup>; Bernardi GC<sup>3</sup>; Folda SM<sup>3</sup>; Reali RM<sup>3</sup>; Santos N<sup>3</sup>; Kohara SK<sup>3</sup>;

1 - IEJE; 2 - IEJE-CAD; 3 - UNIVILLE;

**Introdução:** As doenças cardiovasculares são responsáveis por 28% das mortes em Joinville e ainda é a maior causa de morbimortalidade no Brasil. Portanto, são consideradas um grande problema de saúde pública. Após grandes estudos, puderam-se determinar alguns fatores de risco para o desenvolvimento destas afecções como tabagismo, obesidade, dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes melitus e história familiar de eventos cardiovasculares. **Objetivo:** Descrever o perfil de risco cardiovascular da população abrangida em uma campanha social na cidade de Joinville-SC. **Material e Métodos:** Foi realizada uma campanha na cidade de Joinville-SC em maio de 2010, na qual foram analisados os seguintes dados: idade, sexo, tabagismo, diabetes, HAS, história prévia de infarto agudo do miocárdio (IAM) ou acidente vascular cerebral (AVC), ou história familiar, tratamento para hipercolesterolemia e diabetes, peso, estatura, índice de massa corporal (IMC), glicemia capilar, colesterol total, pressão arterial e cintura abdominal. Foram incluídas neste estudo 354 pessoas. **Resultados:** Do total de pessoas analisadas, 62,4% eram mulheres com idade mediana de 51. Em relação às características de risco cardiovascular, 7,9% eram tabagistas, 27% tinham diagnóstico de HAS e 8,5% de DM, sendo que destes 80% faziam uso de medicação anti-diabética e das aferições realizadas 5% apresentaram glicemia ocasional acima de 200 mg/dl. Quanto à pressão arterial, 15,6% possuíam hipertensão sistólica e 19,3% diastólica. Desta população, 62,5% apresentavam um IMC acima de 25 kg/m<sup>2</sup>, 56,5% das mulheres uma circunferência abdominal acima de 88 cm e 39,1% dos homens acima de 102 cm. Aproximadamente 6% já apresentaram um episódio prévio de IAM ou AVC e 55,5% tinham história familiar destes eventos. Quando questionados, 13,3% dos entrevistados usavam medicação hipolipemiante e 30,6% dos participantes apresentaram colesterol total acima de 200 mg/dl. **Conclusão:** Verificou-se que a prevalência de HAS e DM na população estudada equiparam-se ao esperado para este país. Dos fatores de risco analisados, destaca-se que mais da metade das pessoas possui sobrepeso, sendo que grande parte das mulheres possui risco adicional pela obesidade central. Encontrou-se ainda uma porcentagem importante de indivíduos com PA e colesterol alterados, podendo indicar risco cardiovascular aumentado. Entretanto, estes são achados ocasionais e precisam de confirmação diagnóstica.

**PALAVRAS-CHAVE:** Hipertensão Arterial Sistêmica; Risco Cardiovascular; Diabetes Mellitus



## TP6 - SÍNDROME DE WOLFRAM: RELATO DE CASO

Camícia TG<sup>1</sup>; Nogueira LA<sup>1</sup>; Dornelles MD<sup>1</sup>; Michelotti CS<sup>1</sup>; Tagliari GGM<sup>1</sup>; Dotto RS<sup>1</sup>; Hennig IR<sup>1</sup>; Pereira WG<sup>1</sup>; Ribas CR<sup>1</sup>; Dias EC<sup>1</sup>; Medeiros MS<sup>1</sup>; Dalbosco IS<sup>1</sup>;  
1 - FURG;

**Introdução:** A Síndrome de Wolfram (SW) é uma doença neurodegenerativa progressiva, de herança autossômica recessiva, caracterizada pela presença de diabetes mellitus e atrofia óptica. Frequentemente se associa com diabetes insipidus e disacusia neurossensorial recebendo o acrônimo de DIDMOAD (diabetes insipidus, diabetes mellitus, optic atrophy e deafness). O diagnóstico é essencialmente clínico, baseado na presença desses critérios. Também acompanham alterações do trato urinário, ataxia, nistagmo e predisposição a doenças psiquiátricas. A maioria dos pacientes apresenta mutações nos genes WFS1 localizado no cromossomo 4p, que codifica uma proteína transmembrana (wolframina) sintetizada principalmente nas células pancreáticas cuja função não está totalmente definida. **Relato de caso:** R.M.S, 31 anos, realizou primeira consulta em 2001, com relato de quadro clínico de diabetes há aproximadamente 9 anos, supostamente diabetes mellitus tipo I, devido ao início precoce, além de diminuição da acuidade visual, há 6 anos. A partir do relato foi realizada fundoscopia para avaliar possibilidade de retinopatia diabética. Afastada tal hipótese, ficou diagnosticada presença de atrofia óptica. Iniciou então insuloterapia, com controle eficiente dos níveis de glicemia. O quadro clínico, até então estável, evoluiu em 2004, quando apresentou queixas de boca seca, prejuízos na audição e polaciúria. Não foi realizado audiometria. A partir da suspeita clínica foi realizado screening, com teste diagnóstico positivo para mutação no gene WFS1, compatível com Síndrome de Wolfram. **Discussão:** Nem todos os pacientes com DM juvenil e atrofia óptica tem SW. O diagnóstico diferencial inclui síndrome da rubéola congênita, atrofia óptica hereditária. Pelo caráter progressivo, o curso da doença é variável e nem todas as manifestações estarão presentes no momento do diagnóstico, indicando a necessidade de acompanhamento a longo prazo. Em geral, a doença evoluiu para morte precoce por falência respiratória que está relacionada a atrofia do tronco cerebral. O atendimento pode ser entendido aos familiares, tendo em vista o risco aumentado de ocorrência de diabetes mellitus e distúrbios psiquiátricos no portadores heterozigotos de SW.

**PALAVRAS-CHAVE:** Síndrome de Wolfram; DIDMOAD; Diabetes Mellitus



## DISLIPIDEMIA E ATEROSCLEROSE

### TP7 - DOENÇA DE MADELUNG: RELATO DE CASO

Camícia TG<sup>1</sup>; Dotto RS<sup>1</sup>; Dornelles MD<sup>1</sup>; Michelotti CS<sup>1</sup>; Tagliari GGM<sup>1</sup>; Nogueira LA<sup>1</sup>; Pereira WG<sup>1</sup>; Ribas CR<sup>1</sup>; Dias ET<sup>1</sup>; Medeiros MS<sup>1</sup>; Dalbosco IS<sup>1</sup>;  
1 - FURG;

**Introdução:** A Doença de Madelung é uma entidade extremamente rara, de etiologia ainda desconhecida e geralmente afeta homens com antecedentes alcoólicos. É caracterizada pela deposição de múltiplas massas de tecido adiposo localizadas na face, região cervical e tronco superior dando o aspecto de “colar de cavalo” de aspecto benigno, não-encapsuladas e distribuídas simetricamente. Em alguns pacientes a distribuição de tecido adiposo pode proporcionar uma aparência pseudo-atlética. A fisiopatologia não foi estabelecida, sugerindo-se o efeito do álcool promovendo a proliferação de lipomas por meio de alterações nos receptores beta-adrenérgicos e devido sua ação antilipolítica e lipogênica. Em alguns casos associada à diabetes mellitus, hepatopatias, hipotireoidismo e obesidade. **Relato de caso:** F.V.F, 71 anos, feminina, branca, hipertensa, cardiopata isquêmica, com diabetes mellitus tipo 2 e hipertrigliceridemia. Nega história de etilismo e tabagismo. Ao exame físico fica evidente a presença de nódulos na região cervical anterior, posterior e supraclavicular direita, volumosos, consistência amolecida, superfície lisa, indolores e móveis. Início do crescimento insidioso, quando paciente estava na terceira década de vida. Relata já ter feitos várias cirurgias para retiradas dos lipomas com recidivas. Nega casos semelhantes em sua família. **Exames laboratoriais:** Glicemia jejum 206 mg/dl, glicose pós almoço 276 mg/dl, hemoglobina glicosilada 7,7%, creatinina 0,5 mg/dl, colesterol total 485 mg/dl, HDL 39 mg/dl e triglicerídeos 2791 mg/dl. **Discussão:** Descrevemos o caso de uma paciente feminina, não-etilista, que apresenta Doença de Madelung associada à hipertrigliceridemia, diabetes mellitus e descontrole metabólico com recidivas após cirurgias o que difere do padrão de acometimento da doença. Das alternativas para tratamento estão a diminuição do hábito etílico, cirurgia excisional, considerada a mais eficaz e com menor recidiva e também lipoaspiração. A eficácia do uso de beta-2-agonistas não está claro na literatura. Observa-se que os lipomas podem estar associados a sintomatologia respiratória e sinais de compressão mediastinal em alguns casos, necessitando controle e avaliações periódicas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Doença de Madelung; Lipomatose Simétrica Benigna; Hipertrigliceridemia



## ENDOCRINOLOGIA BÁSICA

### TP8 - INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM JOVEM COM SÍNDROME DE TURNER

Luciano L.S.<sup>1</sup>; Feltrin A.K.<sup>1</sup>; Padilha K.I.V.P.<sup>1</sup>;

1 - HRHDS;

A Síndrome de Turner é uma doença genética caracterizada pela monossomia completa ou parcial do cromossomo X e possui uma grande variabilidade fenotípica. Mulheres com Síndrome de Turner têm um risco cardiovascular duas vezes maior que a população geral e apresentam maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemia, resistência insulínica e deficiência estrogênica além de doenças cardíacas congênitas. Devido as complicações cardiovasculares, o reconhecimento de manifestações cardíacas agudas nestes pacientes torna-se imprescindível para o sucesso terapêutico. O objetivo deste trabalho é descrever um relato de caso de infarto agudo do miocárdio em uma paciente jovem com Síndrome de Turner. E.F.W., feminina, 24 anos, natural e procedente de Joinville / SC, história prévia de Síndrome de Turner e HAS em uso de captopril. Admitida no Pronto Atendimento (PA) de Joinville com dor epigástrica e retroesternal em aperto de forte intensidade de início há duas horas associada a vômitos. Negava outras queixas ou patologias, etilismo ou tabagismo. Medicada com omeprazol e escopolamina e liberada. Retorna ao PA após 12 horas de dor contínua agora associada a dispnéia. Foi realizado eletrocardiograma que apresentou supradesnivelamento do segmento ST em parede anterior, sendo realizadas medidas para síndrome coronariana aguda (SCA) e encaminhada ao Hospital Regional Hans Dieter Schmidt/ Joinville. Admitida em regular estado geral, hipocorada, eupneica, com pressão arterial 120/80, frequência cardíaca 80, ausculta cardiopulmonar sem alterações. Submetida à intervenção coronariana percutânea, identificado lesão obstrutiva em coronária descendente anterior (CDA) e optado por angioplastia transluminal nesta coronária, porém sem sucesso. Encaminhada a UTI, recebeu tirofiban por 48 horas além das demais medicações para SCA. Evoluiu com insuficiência cardíaca descompensada, realizado ecocardiograma transtorácico, verificando-se aspecto sugestivo de cardiopatia isquêmica, sinais de disfunção contrátil e de função diastólica de ventrículo esquerdo (VE), fração de ejeção 30%, além de imagem sugestiva de trombo em VE. A paciente recebeu alta assintomática após oito dias de internação com varfarina, captopril, carvedilol, espirolactona, furosemida, sinvastatina e AAS. Orientada a manter acompanhamento no ambulatório de cardiologia.

PALAVRAS-CHAVE: Infarto Do Miocárdio; Síndrome De Turner; Relato De Caso





## ENDOCRINOLOGIA FEMININA E ANDROLOGIA

### TP9 - AVALIAÇÃO DE MARCADORES INFLAMATÓRIOS EM PACIENTES COM A SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS

Domenico K<sup>1</sup>; Nickel FJ<sup>1</sup>; Franz RF<sup>1</sup>; Wiltgen D<sup>1</sup>; Spritzer PM<sup>1</sup>;  
1 - UFRGS/HCPA;

A Síndrome dos Ovários Policísticos (PCOS) é a alteração endocrinológica mais prevalente em mulheres em idade reprodutiva (6-8%), caracterizada principalmente por hiperandrogenismo e anovulação crônica. Além disso, pacientes com PCOS apresentam, com frequência, alterações metabólicas como resistência insulínica, obesidade, dislipidemia e hipertensão, reconhecidos fatores de risco para doença cardiovascular. Evidências indicam que o risco cardiovascular pode estar relacionado com um estado de inflamação crônica. Com o objetivo de determinar os valores da Proteína C Reativa ultra sensível (PCRus) e contagem de leucócitos (LEUC) como marcadores inflamatórios na PCOS, realizamos um estudo transversal numa amostra de mulheres adultas jovens com PCOS em comparação com controles. Foram definidas como PCOS pacientes anovulatórias e com hiperandrogenismo clínico ou laboratorial e como controles, mulheres com ciclos menstruais e níveis de androgênios normais, além de ovários normais à ecografia. Até o momento foram analisadas 20 PCOS e 9 controles (C). Comparadas com o grupo C, as pacientes com PCOS apresentaram maior IMC (PCOS: 31,42±5,18; C: 26,28±4,32), circunferência da cintura (PCOS: 89,38±12,31; C: 77,57±9,32). PCRus foi também mais elevada nas PCOS (2,78 [1,12-5,65] versus 0,48 [0,21-2,4]; p=0,046) bem como LEUC (8,07±1,83 versus 6,04±0,76; p=0,007) em relação às controles. Observou-se ainda, correlação positiva e significativa entre LEUC e IAL (Índice de Androgênios Livres), (r=0,367;p=0,018) e com HOMA (r=0,325; p=0,018). Estes resultados parciais indicam que pacientes com PCOS apresentam um perfil pró-inflamatório leve, que está provavelmente associado ao excesso de androgênios e resistência insulínica.

**PALAVRAS-CHAVE:** Síndrome dos Ovários Policísticos; Risco Cardiovascular; Fatores Inflamatórios



## TP10 - SÍNDROME DE KLINEFELTER: DIAGNÓSTICO TARDIO

Marques MOT<sup>1</sup>; Preto EC<sup>1</sup>; Carpes AN<sup>1</sup>;  
1 - HRSJ-HMG;

A síndrome de Klinefelter (SK), uma das causas mais comuns de hipogonadismo masculino, é uma afecção genética causada por alteração no cariótipo do paciente, sendo sua configuração mais comum 47,XXY. Apesar de ser uma doença cujos sinais e sintomas podem ser notados na infância ou no período pós-puberal, não é incomum termos pacientes não diagnosticados ou diagnosticados tardiamente, o que promove uma grande morbidade em termos clínicos e psicológicos para os mesmos. Relatamos o caso de um paciente de 68 anos, solteiro, com história de fibrilação atrial, hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo II, que procurou a emergência do Hospital Regional de São José-SC (HRSJ) com quadro de melena e hematêmese. Submetido à investigação diagnóstica, quando evidenciamos hipospádia grau I, rarefação de pêlos e testículos firmes e diminuídos de tamanho e genitália grau II de Tanner. A investigação laboratorial mostrou um quadro de hipogonadismo hipergonadotrófico, e o cariótipo do pacientes foi 47,XXY, confirmando o diagnóstico. Submetido também à endoscopia digestiva alta que mostrou erosões gástricas com sinais de sangramento recente. Recebeu tratamento com omeprazol, e recebeu orientação sobre a SK. Paciente, porém, optou por não realizar tratamento. Segue em acompanhamento ambulatorial.

**PALAVRAS-CHAVE:** Síndrome de Klinefelter; Hipogonadismo.



## ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA

### TP11 - CONDIÇÕES DESFAVORÁVEIS DE CRIANÇAS DIABÉTICAS

BRAGA PB <sup>1</sup>; Ronsoni MF <sup>2</sup>; Pereira LAF <sup>1</sup>; Martins Braga F <sup>2</sup>; Pomblum VJ <sup>1</sup>;  
1 - UFSM; 2 - UFSC;

**INTRODUÇÃO:** Diabetes mellitus é uma das doenças crônicas mais comuns na infância. Pode surgir em qualquer idade, inclusive em bebês ou pré-escolares. A International Diabetes Federation (IDF) registrou aumento do número de mortes por cetoacidose diabética no mundo. Isto pode se dever ao aumento da capacidade diagnóstica, mas a maior causa de morte em crianças diabéticas ainda é a falta de acesso à insulina ou às condições de acondicioná-la adequadamente. A expectativa de vida para algumas crianças com diabetes na Zâmbia é de 11 anos, em Mali, é de 30 meses e, em Moçambique, as crianças com diabetes tipo 1 morrem um ano após o diagnóstico da doença. Atendimento de crianças diabéticas em serviço de saúde estruturado, aliado à distribuição de fitas reagentes para urina e sangue, pode diminuir índices de internação por complicações agudas. (Minicucci WJ, 2001). **OBJETIVO:** Avaliar ocorrência de cetoacidose, coma, outras complicações, insulinização e desnutrição em crianças atendidas por diabetes em um hospital universitário do sul do Brasil, entre os anos de 2003 e 2009. **MÉTODO:** Estudo longitudinal retrospectivo, baseado na coleta de dados junto da equipe de Estatística de um hospital universitário do sul do Brasil. Foram analisados os registros de atendimento de crianças por diabetes, no serviço de Pediatria, entre 2003 e 2009. Avaliaram-se: cetoacidose, coma, outras complicações, uso de insulina e desnutrição. Tanto condições conhecidas no momento do atendimento inicial quanto aquelas descobertas durante hospitalização fizeram parte do estudo. **RESULTADOS:** Dos 19 pacientes que preencheram os critérios de inclusão deste estudo, 58%(n=11) eram meninos e 42%(n=8) meninas. Apresentaram cetoacidose 21%(n=4) da amostra - entre estas crianças, coma ocorreu em uma menina e desnutrição foi identificada em outra menina. Algum grau de complicação do DM apareceu em 74%(n=14) da amostra. Insulinização foi realizada em 32%(n=6) das crianças estudadas. **CONCLUSÕES:** Complicações estavam presentes em três quartos da amostra. Insulinização foi realizada em um terço dela. Cetoacidose acometeu 21% das crianças estudadas, sendo coma e desnutrição muito menos frequentes. Tais achados são compatíveis com o perfil da população da região sul do Brasil, porém a alta prevalência de complicações do DM reflete a complexidade da situação.

**PALAVRAS-CHAVE:** Crianças; Diabetes; Condições Desfavoráveis.



## TP12 - DESNUTRIÇÃO INFANTIL INTRA-HOSPITALAR

Braga PB <sup>1</sup>; Ronsoni MF <sup>2</sup>; Pomblum VJ <sup>1</sup>; Bevilaqua M <sup>1</sup>; Martins Braga F (2);  
1 - UFSM; 2 - UFSC;

**INTRODUÇÃO:** De acordo com a Organização Mundial da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), estima-se que em todo o mundo, 190 milhões de crianças menores de cinco anos sejam desnutridas crônicas e que 50% das mortes em crianças desta faixa etária em países subdesenvolvidos possuem a desnutrição como causa básica ou associada. São fatores relacionados: condição socioeconômica, escolaridade materna, vulnerabilidade de lactentes aos processos de infecção, vínculo mãe-criança, estado nutricional da mãe durante a gestação e baixo peso ao nascer. A desnutrição em grande parte dos casos tem início quando a criança encontra-se no útero, seu efeito pode estender-se durante toda a vida do indivíduo. O resultante desta desnutrição é o baixo-peso, que indica retardo de crescimento intra-uterino e maior risco de morte que os neonatos eutróficos. Mesmo que sobrevivam, é pouco provável que o crescimento perdido seja recuperado e podem apresentar vários déficits de desenvolvimento. **OBJETIVO:** Avaliar prevalência de desnutrição e sua distribuição entre casos intra-uterinos, crianças (gravidade desses quadros) e adultos, em pacientes internados em um hospital universitário do sul do Brasil nos anos de 2003 a 2009. **MÉTODO:** Estudo longitudinal retrospectivo, baseado na coleta de dados junto da equipe de Estatística de um hospital universitário do sul do Brasil. Foram analisados os registros de internações dos anos de 2003 a 2009. Avaliou-se: prevalência de desnutrição e sua distribuição entre: fetos, crianças (gravidade desses casos) e adultos. **RESULTADOS:** No hospital em questão, foram registradas 25 internações com CID-10 de desnutrição entre 2003 e 2009. Crianças corresponderam a 68%(n=17) desses casos, entre elas 12%(n=2) com desnutrição moderada, 29%(n=5) grave e uma com diabetes mellitus e cetoacidose associados. Acometimento intra-uterino ocorreu em 16%(n=4) da amostra, sem menção de peso ou comprimento baixos para idade gestacional. **CONCLUSÕES:** Na amostra estudada, acometimento de adultos e intra-uterino ocorreram na mesma proporção, muito menos freqüentes que desnutrição infantil - que correspondeu a mais de dois terços dos casos. Entre estes, cerca de 40% apresentavam condições graves ou moderadas. Para alcançar efetiva assistência para crianças desnutridas, faz-se necessária ampla intervenção (educação nutricional) além da hospitalização, chegando até suas famílias.

**PALAVRAS-CHAVE:** Desnutrição Infantil; Desnutrição Intra-Uterina; Intra-Hospitalar.



## TP13 - DIFÍCIL CONTROLE DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 EM ADOLESCENTE: RELATO DE CASO CLÍNICO

Braga PB <sup>1</sup>; Ronsoni MF <sup>2</sup>; Martins Braga F <sup>2</sup>; Bevilaqua M <sup>1</sup>; Pomblum VJ <sup>1</sup>;  
1 - UFSM; 2 - UFSC;

**INTRODUÇÃO:** Segundo a Organização Mundial da Saúde, o diabetes mellitus tipo 1 (DM1) é uma das mais importantes doenças crônicas da infância. Nos Estados Unidos dos 651000 casos novos diagnosticados por ano, 11000 são em crianças ou adolescentes, constituindo-se assim na segunda mais importante doença crônica infantil neste país. Apesar da disponibilidade de terapêuticas efetivas, ainda é penoso o tratamento para portadores, famílias e sociedade. DM1 requer do paciente, das famílias e dos profissionais de saúde, esforços conjuntos para que seja atingido bom controle metabólico. Famílias estruturadas e organizadas podem fornecer ambiente mais compatível com as necessidades destes pacientes, pois o tratamento exige controle e organização. Sentimentos como "superproteção", indiferença ou descuido podem contribuir para a obtenção de mau controle metabólico. Por outro lado, pais que levam os filhos a assumirem toda a responsabilidade pelo auto-cuidado também tem dificuldades para manter euglicemia. (Zanetti ML, 2001). **CASO CLÍNICO:** RNS, 14 anos, feminina. Nasceu a termo, parto vaginal sem intercorrências, pesando 3475g. Desenvolvimento normal. Aleitamento materno até 3 anos. Previamente hígida até 8 anos, quando foi hospitalizada em coma e fez-se diagnóstico de DM1. Iniciou tratamento, mas teve várias internações subseqüentes para ajuste glicêmico. Estava em uso de insulina NPH e regular. Há duas semanas apresentava mau controle, com glicemias capilares superiores a 600mg/dl em algumas medições, parestesias em membros inferiores, polidipsia, poliúria e "borramento visual". Relatava seguir dieta adequada (com controle da mãe) e usar corretamente as medicações, que ela mesma aplicava. Negava qualquer situação patológica que pudesse justificar a descompensação. Morava com a mãe e a irmã de 3 anos. Sem alterações no exame físico. Peso=61,3Kg. Estatura=1,59m. Foi hospitalizada mais uma vez para correção da glicemia (HbA1C=11,5%) e diagnosticou-se otite média aguda. A paciente revelou que os pais eram donos de uma sorveteria e não controlavam sua ingestão de doces, atribuindo a isso sua doença. Foram evidenciados, também, problemas no relacionamento com a madrasta. **CONCLUSÕES:** Pode ser difícil estabelecer vínculo de qualidade com adolescentes diabéticos, mas é necessário para compreendê-los e ajudá-los efetivamente. Favorecer dinâmica familiar capaz de gerar ambiente adequado – comunicação, respeito, afeto e confiança entre seus membros.

**PALAVRAS-CHAVE:** Diabetes Mellitus Tipo 1; Adolescentes; Controle Glicêmico.



## TP14 - DOENÇA DE CUSHING (DC) – DIAGNÓSTICO DERMATOLÓGICO

Schmitt-Lobe MC <sup>1</sup>; Perini LD <sup>1</sup>; Noronha MGO <sup>1</sup>; Meneguetti L <sup>1</sup>; Cadide R <sup>1</sup>; Frantz J <sup>1</sup>; Lacerda L <sup>2</sup>; Stratakis C <sup>3</sup>;

1 - FURB; 2 - UFPR; 3 - National Institute of Health;

O diagnóstico de hipercortisolismo deve ser investigado no paciente com obesidade e hipertensão. A DC é um diagnóstico de difícil comprovação. Outras manifestações como fraqueza, estrias e hirsutismo podem fazer parte do quadro de hipercortisolismo. Paciente masculino, 15 anos, procurou atendimento dermatológico devido à acne e estrias que, inicialmente, apareceram em abdome e progrediram para região posterior de pernas e braços. Referia ainda aumento de peso de 6 Kg em seis meses, cefaléia e insônia. Exame físico: Pressão arterial (PA) 130/80 mmHg, estatura 172 cm (percentil 50-75), peso 68,6 Kg (percentil 75-90), IMC 23.3 (percentil 75-78), Tanner V, face de lua cheia, estrias violáceas em região posterior de pernas, braços, face lateral e anterior de abdome. A investigação laboratorial mostrou cortisol sérico 8h: 14.50 mcg/dl, cortisol 16h: 4.10 mcg/dl, cortisol após 1mg de dexametasona 8h: 1.10 mcg/dl, ACTH 8h: 80.8 pg/ml (6-76). Cortisol livre na urina: 144 mcg/24h (10-100 mcg/24h). A ressonância magnética da hipófise mostrou uma pequena imagem entre a adeno e a neuro hipófise com diferente impregnação do contraste em relação ao parênquima hipofisário normal. A ultrassonografia das adrenais não apresentou lesões. O paciente foi transferido para um centro especializado, onde foi realizado cateterismo do seio petroso. Foi identificado o local da lesão e o paciente foi submetido à ressecção tumoral. No pós-operatório o ACTH era de 17.5 pg/ml. Um ano após a cirurgia o paciente havia perdido 10 Kg e as estrias clarearam. PA: 105/50 mmHg, ACTH: 40.7 pg/ml, cortisol 8h: 16.6 mcg/dl. Dois anos após o peso do paciente permanecia inalterado, havia crescido 3,5 cm desde o diagnóstico. O diagnóstico de DC deve ser pensando nos pacientes que apresentam rápida evolução de estrias, devendo estas, não serem consideradas como simples consequência da obesidade. O acompanhamento para afastar a possibilidade de recidiva deve ser por toda a vida.

**PALAVRAS-CHAVE:** Doença de Cushing; Estrias; Obesidade.



## TP15 - HIPERPLASIA CONGÊNITA DAS SUPRA RENAIIS: RELATO DE CASO

Ribiro AV<sup>1</sup>; Belanda AC<sup>2</sup>; Leite JPS<sup>2</sup>;

1 - U; 2 - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE;

Hiperplasia Congênita das Supra- Renais (HCSR) é um grupo de doenças de herança autossômica recessiva que afetam a esteroidogênese supra-renal. A deficiência da enzima CYP21A2 ou 21- hidroxilase é a forma mais comum (mais de 90% de todos os casos). No presente relato objetivamos enfatizar a importância do diagnóstico e tratamento precoce dessa doença, evitando assim o desenvolvimento de puberdade precoce central. A deficiência dessa enzima se caracteriza por comprometimento da secreção do cortisol e acúmulo dos esteróides sintetizados proximalmente ao bloqueio enzimático, assim há aumento da 17-hidroxiprogesterona, aumentando a sua conversão em delta-4-androstenediona. A capacidade de virilização se relaciona à conversão deste último em testosterona por meio da enzima 17-cetoesteróide redutase. A hipersecreção dos andrógenos da supra-renal pode levar secundariamente a quadro de puberdade precoce central. Neste caso, a exposição crônica a altos níveis androgênicos acelera a maturação do eixo HHO. A doença se manifesta desde a vida intra-uterina, mas depende da intensidade da deficiência e do sexo. No feto masculino, o qual é o caso a ser relatado, a hipersecreção adrenocortical dos esteróides sexuais normalmente não leva a alteração no aspecto da genitália externa porque a testosterona é proveniente principalmente da secreção testicular. Após o nascimento a secreção excessiva de esteróides sexuais da supra-renal persiste e leva à virilização durante os primeiros anos de vida. Há aumento da massa muscular, pêlos pubianos, axilares e faciais, acne, alteração do timbre da voz, aumento do volume peniano e testículos com volume pré-puberal. Caracteriza-se dessa forma, puberdade precoce incompleta ou pseudopuberdade precoce. O aumento da secreção dos esteróides sexuais da supra-renal ocasiona a aceleração do crescimento e da maturação epifisária levando ao avanço da idade óssea em relação à idade cronológica. Isso se torna mais avançado se estiver associado à puberdade precoce central que, dessa forma, resulta em baixa estatura.

PALAVRAS-CHAVE: Hiperplasia; Congênita; Supra-Renal.



## TP16 - HIPOGLICEMIA NEONATAL INTRA-HOSPITALAR

Braga PB <sup>1</sup>; Ronsoni MF <sup>2</sup>; Pomblum VJ <sup>1</sup>; Köhler Dal Ri NM <sup>1</sup>; Martins Braga F <sup>2</sup>;  
1 - UFSM; 2 - UFSC;

**INTRODUÇÃO:** Com interrupção do fornecimento de glicose pelo cordão umbilical, o recém-nascido é exigido para suprir sua demanda. A produção hepática de glicose é duas a três vezes a do adulto, enquanto o cérebro consome até 6 vezes mais glicose, em relação ao peso corpóreo. Nessa faixa etária, a hipoglicemia apresenta-se como: irritabilidade, dificuldades alimentares, letargia, cianose, taquipnéia ou hipotermia. O que dificulta o reconhecimento do quadro e expõe o sistema nervoso central (SNC) a lesões que podem ser irreversíveis. Deve-se instituir imediatamente terapêutica de suporte e buscar diagnóstico etiológico. Cerca de 50% das hipoglicemias neonatais são assintomáticas e detectadas por haver fatores predisponentes como prematuridade ou desnutrição intra-uterina, ou mesmo agravos perinatais – anoxia, atraso na introdução alimentar. Muitas dessas crianças recuperam-se espontaneamente, mas 10 a 20% podem precisar receber glicose endovenosa. Aproximadamente 15% das hipoglicemias neonatais pertencem ao grupo das hipoglicemias transitórias, sintomáticas, requerem administração de glicose. Em geral, são crianças pequenas para a idade gestacional, ocorre predominância do sexo masculino (2,5:1). Verifica-se alta incidência de gemelaridade e de toxemia gravídica. Hiperinsulinemia, hipopituitarismo ou defeito metabólico são formas persistentes ou recorrentes de hipoglicemia, mas respondem por 1 a 2% das hipoglicemias neonatais. (Damiani D, 1997). **OBJETIVO:** Avaliar prevalência de hipoglicemia neonatal e casos iatrogênicos em pacientes internados em um hospital universitário do sul do Brasil nos anos de 2008 a 2009. **MÉTODO:** Estudo longitudinal retrospectivo, baseado na coleta de dados junto da equipe de Estatística de um hospital universitário do sul do Brasil. Foram analisados os registros de hipoglicemia neonatal dos anos de 2008 a 2009. **Avaliou-se:** prevalência de hipoglicemia neonatal e iatrogenia. **RESULTADOS:** No hospital em questão, foram registradas 17 internações com CID-10 de hipoglicemia neonatal entre 2008 e 2009. Desses casos, apenas 6% (n=1) foram de hipoglicemia iatrogênica. **CONCLUSÕES:** Hipoglicemia neonatal foi achado freqüente na população estudada. Pequena parcela dos casos teve causa iatrogênica. O que pode ser explicado pela fragilidade fisiológica do controle glicêmico nesta fase da vida. Como os sintomas costumam ser inespecíficos, alto grau de suspeita deve ser exercido pelo médico, sempre. Assim, danos graves podem ser evitados.

**PALAVRAS-CHAVE:** Hipoglicemia Neonatal; Hipoglicemia Iatrogênica; Intra-Hospitalar





## TP17 - PUBERDADE PRECOCE CENTRAL SECUNDÁRIA À HIPERPLASIA CONGÊNITA DA SUPRA-RENAL DEVIDO À DIAGNÓSTICO TARDIO

Canalli AB<sup>1</sup>; Ribeiro AV<sup>1</sup>; Piva AKC<sup>1</sup>;  
1 - UNIOESTE;

Descrevemos o caso de uma criança do sexo masculino portadora de hiperplasia congênita da supra-renal (HCSR), que é um grupo de doenças de herança autossômica recessiva que afetam a esteroidogênese supra-renal. No caso relatado a HCSR é devido à deficiência da enzima 21- Hidroxilase, a qual é responsável por mais de 90% de todos os casos de HCSR. Nesta criança manifestou-se a forma clássica da HCSR. A doença só foi diagnosticada com três anos e nove meses, sendo que quando tinha um ano de idade já apresentava importante avanço puberal e de idade óssea, desencadeando assim uma puberdade precoce central. Isso ocorre devido à hipersecreção de androgênios da supra-renal o qual primariamente é responsável por mudanças nos caracteres sexuais secundários, intensificando e preconizando, no caso de pacientes do sexo masculino, e podendo levar secundariamente ao desenvolvimento de puberdade precoce central mais tardiamente. A finalidade desse trabalho é enfatizar a importância do diagnóstico e tratamento precoce dessa doença, evitando assim o desenvolvimento de puberdade precoce central secundária à hiperplasia adrenal congênita devido à um diagnóstico tardio.



## TP18 - RECÉM-NASCIDOS E TAMANHO PARA IDADE GESTACIONAL

Braga PB <sup>1</sup>; Ronsoni MF <sup>2</sup>; Pomblum VJ <sup>1</sup>; Köhler Dal Ri NM <sup>1</sup>; Martins Braga F <sup>2</sup>;  
1 - UFSM; 2 - UFSC;

**INTRODUÇÃO:** Segundo a Organização Mundial da Saúde, 8% a 26% das crianças nascidas em diferentes regiões do mundo apresentam peso ao nascimento abaixo de 2.500g. A definição endossada pelas sociedades internacionais de Endocrinologia Pediátrica considera pequenos para idade gestacional (PIG) recém-nascidos com peso ou comprimento 2 ou mais desvios-padrão abaixo da média para idade gestacional (Boguszewski MCS, 2010). PIG frequentemente apresentam baixos níveis de Apgar, principalmente quando sofrem insuficiência placentária no último trimestre da gestação. Não só seu aporte de glicose está diminuído, como suas reservas e fluxo de oxigênio levam à hipoxia crônica. Hipoglicemia é observada em 50% e policitemia é diagnosticada em 15 a 40%. A maioria dos PIG apresenta recuperação do crescimento até 2 anos, 10% a 15% persistem com baixa estatura. Recém-nascidos com tamanho grande para idade gestacional (GIG) ou macrossomia fetal, definida como peso superior a 4.000g ao nascimento, continuam sendo a complicação fetal mais comum de mães diabéticas. Leva a aumento do risco de complicações no parto, hemorragia intracraniana no recém-nascido, hipoglicemia, icterícia e desconforto respiratório neonatal. Alto peso ao nascer é fator predisponente para resistência insulínica, obesidade e diabetes mellitus tipo 2 na infância. Evolução clínica, problemas e prognóstico são diferentes se o recém-nascido é PIG, apropriado ou GIG. **OBJETIVO:** Avaliar variações no tamanho para idade gestacional de recém-nascidos em um hospital universitário do sul do Brasil, no ano de 2009. **MÉTODO:** Estudo longitudinal retrospectivo, baseado na coleta de dados junto da equipe de Estatística de um hospital universitário do sul do Brasil. Foram analisados registros de alterações no tamanho para idade gestacional em recém-nascidos do ano de 2009. **RESULTADOS:** Foram encontradas 25 alterações no tamanho para idade gestacional nos registros de 2009. Destes: 92% (n=23) recém-nascidos PIG (13 com baixo peso e 3 com muito baixo peso) e apenas 8% (n=2) recém-nascidos GIG. **CONCLUSÕES:** Na população estudada, a grande maioria dos recém-nascidos com alteração do tamanho para idade gestacional era PIG, sendo 70% destes com peso inferior ao adequado. Deve-se acompanhar o desenvolvimento destas crianças durante todo o tempo de crescimento. Pequena parte da amostra era GIG, também requer atenção no seguimento.

**PALAVRAS-CHAVE:** Pequeno Para Idade Gestacional; Grande Para Idade Gestacional; Recém-Nascido



## TP19 - SÍNDROME DE BERARDINELLI-SEIP: DIAGNÓSTICO AMBULATORIAL NO SERVIÇO DE PEDIATRIA ENDÓCRINA DO HUOP – RELATO DE CASO

Pereira FAS<sup>1</sup>; Leite JPS<sup>1</sup>; Erbes F<sup>1</sup>; Cristovam MAS<sup>1</sup>; Bresolin AC<sup>1</sup>;  
1 - UNIOESTE-PR;

Paciente de 9 anos de idade, masculino, com sinais de hipertrofia muscular e escassez de tecido subcutâneo generalizado, acantose nigricans, fâcies grosseiras com ausência da gordura de Bichat e adenoideana com respiração bucal, associado com rouquidão, apneia do sono, cansaço, sono diurno e aumento do apetite. Ao exame físico, hipertrofia amigdalina grau IV, hepatoesplenomegalia e desdobraimento fixo de B2. USG de abdome total compatível com hepatoesplenomegalia e ecocardiograma sugestivo de hipertensão pulmonar grau I (leve), com pequeno aumento de ventrículo direito e boa função sistólica do mesmo ventrículo. ECG evidenciando bloqueio de ramo direito com sobrecarga de ventrículo direito. Raios X de tórax dentro da normalidade e raios X de mão e punho esquerdo compatível com idade cronológica. Quanto ao peso e altura, manteve crescimento adequado para idade, entre percentis 10 e 90. Dos exames laboratoriais: (Glicemia de jejum: 85 mg/dL, Glicemia pós prandial: 112 mg/dL, HbA1c: 6,2% e TOTG dentro da normalidade), (TSH: 4,26 mg/dL, T4L: 0,97 mg/dL), (TGL: 342 mg/dL, HDL: 47 mg/dL, VLDL: 68,4 mg/dL, Colesterol: 156 mg/dL, LDL: 40,6mg/dL), (IGF-1: 54,7 mg/dL), (insulina basal: 57,9 uUI/mL, insulina 30min: 541,3 uUI/mL, insulina 60 min: 296,4 uUI/mL, insulina 90 min: 239,5 uUI/mL, insulina 120 min: 183,3 uUI/mL), (TGO: 71 U/L, TGP: 112,5 U/L) e dosagem de leptina sérica ainda em andamento. Assim, dentre as características clínicas e auxílio dos exames complementares foi diagnosticado o paciente com a Síndrome de Berardinelli-Seip ou Lipodistrofia Generalizada Congênita. Esta síndrome caracteriza-se pela redução extrema da quantidade de tecido adiposo, cursando com fâcies grosseira, hipertrofia muscular, mãos e pés grandes, acantose nigricans, hepatomegalia, hipertrigliceridemia, deficiência de leptina, esteatose hepática, grave resistência insulínica, tolerância alterada a glicose ou diabetes melito e aterosclerose de início precoce. Outras características incluem hipertrofia gengival, hipertensão arterial, hirsutismo, nefropatia e hipertrofia cardíaca. Sua prevalência é baixa, aproximadamente 1:10.000.000-12.000.000 nascidos vivos. A síndrome foi primeiramente descrita por Berardinelli e cols em 1954 e em 1959 complementada por Seip e cols. Possui um caráter genético com transmissão autossômica recessiva e freqüente consangüinidade paterna, de causa indeterminada, devido à mutação em AGPAT2 e Gng3lg.

**PALAVRAS-CHAVE:** Hipertrigliceridemia; Deficiência de Leptina; Resistência Insulínica



## TP20 - SÍNDROME DE TURNER: ASPECTOS CLÍNICOS E AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO DA BAIXA ESTATURA COM HORMÔNIO DE CRESCIMENTO

Brinhosa MED<sup>1</sup>; Ohira M<sup>1</sup>; Simoni G<sup>1</sup>; Linhares RMM<sup>1</sup>; Cechinel E<sup>2</sup>; Silva PCA<sup>2</sup>; Nascimento ML<sup>1</sup>;  
1 - UFSC; 2 - HIJG;

**Introdução:** a síndrome de Turner (ST) ocorre em 1:2000 recém nascidos do sexo feminino e é determinada por alterações estruturais ou numéricas do cromossomo X. As pacientes acometidas apresentam déficit na velocidade de crescimento, baixa altura final, fenótipo característico e insuficiência ovariana. **Objetivos:** avaliar o resultado do tratamento da baixa estatura e os métodos de previsão de altura final (AF). Identificar idade e motivo do diagnóstico. Verificar a frequência dos cariótipos, da puberdade espontânea e de malformações e doenças associadas à ST. **Métodos:** foram analisados os prontuários das pacientes com diagnóstico de ST acompanhadas pelo SEP-HIJG, no período de 1991 a 2010, totalizando 37 pacientes. **Resultados:** a AF média das pacientes com ST tratadas com hormônio de crescimento (HC) foi  $149,33\text{cm} \pm 4,48$ . A altura prevista segundo método de Bayley & Pinneau foi  $149,77 \pm 6,17$ . Há associação entre AF e altura prevista pelo Bayley & Pinneau ( $t\text{-valor}=0,22$ ;  $p\text{-valor}=0,827$ ). A altura alvo prevista foi  $156,75 \pm 6,9$ . Não há associação entre AF e altura alvo ( $t\text{-valor}=3,46$ ;  $p\text{-valor}=0,0018$ ). Houve aumento da velocidade de crescimento, principalmente nos dois primeiros anos de terapia. A baixa estatura foi o principal motivo de suspeita diagnóstica e a IC média ao diagnóstico foi 8,62 anos. Os mosaicismos totalizaram 59,46%. A puberdade espontânea ocorreu em 29,03% das pacientes, todas cariótipo mosaico. Há associação entre o cariótipo e a frequência de puberdade espontânea ( $\text{qui-quadrado}=8,009$ ;  $p\text{-valor}=0,0046$ ). As malformações cardíacas foram encontradas em 13,51% das pacientes e as renais em 10,81%. **Conclusão:** O HC é eficaz no tratamento da baixa estatura na ST. O ganho estatural é de 6,33cm. Seis pacientes apresentaram AF normal. O método de Bayley & Pinneau é confiável na previsão da AF. A altura alvo não é confiável na previsão da AF. Os mosaicismos foram o cariótipo mais frequente. A frequência da puberdade espontânea está associada ao cariótipo. A prevalência das malformações cardíacas e renais na população estudada é baixa.

**PALAVRAS-CHAVE:** Síndrome de Turner; Baixa Estatura; Hormônio de Crescimento



## TP21 - SURDEZ E DIABETES MELLITUS TIPO 1: RELATO DE CASO CLÍNICO

Braga PB<sup>1</sup>; Ronsoni MF<sup>2</sup>; Pomblum VJ<sup>1</sup>; Köhler Dal Ri NM<sup>1</sup>; Martins Braga F<sup>2</sup>;  
1 - UFSM; 2 - UFSC;

**INTRODUÇÃO:** A perda auditiva é o déficit sensorial mais comum. Pesquisa da Unifesp mostrou que mais de 70% das crianças diabéticas tinham comprometimento auditivo, contra 40% das não-diabéticas. Estruturas labirínticas apresentam atividade metabólica intensa, sendo sensíveis aos níveis de glicose. O metabolismo da glicose influencia o ouvido interno, hipoglicemia e hiperglicemia podem alterar seu funcionamento. Trabalhos sugerem que a microangiopatia é o fator desencadeante, promovendo hipóxia da perilinfa. São hipóteses: 1)interferência no transporte de nutrientes através de paredes capilares espessadas; 2)redução do fluxo por vasculatura estreitada; 3)acometimento neuropático do VIII par craniano. Observa-se diminuição das células ciliadas nos pacientes diabéticos, que poderia ser explicada pela hiperosmolaridade intracelular resultante do acúmulo de sorbitol, pelo desvio do metabolismo da glicose (via mioinositol), nas células. A perda auditiva atribuída ao diabetes mellitus (DM) geralmente é neurossensorial bilateral progressiva, mas também pode ser súbita e unilateral – emergência médica, definitiva se não tratada. **CASO CLÍNICO:** GAB, 11 anos, masculino, acometido por diminuição da acuidade auditiva - perda de 70% - sem causa esclarecida, com diagnóstico de surdez neurossensorial, em uso de prótese auditiva. Nascido à termo, por parto vaginal, com 2800g, sem intercorrências no parto ou puerpério, sem outras patologias prévias. Vem ao pronto atendimento pediátrico com história de polidipsia, poliúria e polifagia há 10 dias, além de vômitos pós-alimentares e discreta dor abdominal difusa há 1 dia. Negava febre e diarreia. Ao exame físico: peso=34Kg, estatura=1,43m, mucosas descoradas (2+/4+), FC=120/min, afebril, PA=110/60mmHg, pulsos cheios, prostração, desidratação moderada e glicemia não mensurável pelo glicosímetro. GAB entrou em coma, foi hospitalizado, posteriormente aferiu-se pico hiperglicêmico de 592 mg/dl. Cetoacidose foi confirmada por gasometria arterial acidótica e exame qualitativo de urina com corpos cetóticos. Hemograma apresentava leucocitose e desvio à esquerda. Anticorpos anti-gad e anti-ilhota não reagentes. Foi feito diagnóstico de DM tipo 1. Houve rápida resposta ao tratamento, remissão dos sintomas e estabilização do quadro. **CONCLUSÕES:** Deve-se lembrar da possibilidade de DM em crianças com perda auditiva sem explicação aparente. É importante divulgar amplamente os sintomas de DM para que sejam identificados se surgirem. A assistência adequada pode evitar muitos desfechos desfavoráveis graves.

**PALAVRAS-CHAVE:** Diabetes Mellitus; Perda Auditiva; Crianças



## TP22 - TUMOR ÓSSEO APÓS TERAPIA COM HORMÔNIO DO CRESCIMENTO (GH) EM PACIENTE COM SÍNDROME DE TURNER (ST): RELATO DE CASO.

Ribeiro AV<sup>1</sup>; Leite JPS<sup>1</sup>; Hirabara BP<sup>1</sup>; Piva AKC<sup>1</sup>; Belanda AC<sup>1</sup>; Mauad JL<sup>1</sup>;  
1 - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE;

**RESUMO:** No presente estudo, a partir de um relato de caso de uma adolescente com ST que desenvolveu tumor ósseo após uso de GH, serão avaliadas as indicações do uso dessa terapia na ST, as neoplasias associadas à ST e a associação entre GH e desenvolvimento de tumores. **RELATO DE CASO:** Paciente A.S.F, 16 anos, portadora de ST cariótipo 45 X, realizou primeira consulta em 2003 com então 8a 10m e em uso de GH (0,15UI/kg/dia) há 1 ano. Ao exame físico: estatura de 1,175m, peso de 20kg e estigmas turnerianos. Dosagem de IGF-I = 575mcg, raio X demonstrando idade óssea de 6a 0m. Paciente manteve níveis de IGF-I normais durante todo o tratamento. Em 2010 foi diagnosticado tumor ósseo em fêmur de 0,3x1,4cm para o qual foi realizado tratamento cirúrgico. O anatomopatológico demonstrou tumor de células gigantes do osso e a terapia com GH foi suspensa. **DISCUSSÃO:** Apesar de a experiência clínica com GH recombinante (GHR) ser relativamente recente o benefício do seu uso na ST já está adequadamente validado em publicações randomizadas controladas. As recomendações atuais incluem: início quando abaixo do percentil cinco da curva de crescimento para meninas da mesma idade; dose de 0,15UI/kg/dia; e interrupção do tratamento quando estatura final alcançada, idade óssea > 14 anos ou crescimento < 2 a 2,5cm/ano. O tratamento hormonal de crescimento deve ser monitorizado a cada 3 a 6 meses. Nas portadoras da ST, embora ainda controverso, o risco de câncer está associado, principalmente, à presença do cromossomo Y, íntegro ou não, que pode levar ao desenvolvimento de gonadoblastoma e/ou disgerminoma nas gônadas disgenéticas. A associação entre GH e câncer, baseada em observações como o aumento da incidência de neoplasias em pacientes com acromegalia, atividade mitogênica do GH e anti-apoptótica do IGF-I, ainda é incerta. Até o momento não existem evidências de que o uso de GHR em situações clínicas aprovadas internacionalmente e em doses adequadas esteja associado ao desenvolvimento de neoplasias. No presente relato, apesar do desenvolvimento de um tumor ósseo após terapia com GHR não existem dados consistentes na literatura que comprovem essa relação causa efeito.

**PALAVRAS-CHAVE:** Síndrome Turner; GH; Tumores.



## TP23 - ASSOCIAÇÃO DE HIPERPARATIREOIDISMO PRIMÁRIO E HIPERCALCEMIA HUMORAL DA MALIGNIDADE EM PACIENTE COM CAÂNCER DE CÉLULAS CLARAS RENAIAS

Gomes LS <sup>1</sup>; Kulak CAM <sup>2</sup>; Vasconcelos ECG <sup>1</sup>; Borba VZB <sup>2</sup>;  
1 - UFPR; 2 - SEMPR-UFPR;

**INTRODUÇÃO:** A hipercalcemia é uma alteração metabólica que pode ser provocada por diferentes enfermidades. Durante a avaliação do paciente com câncer e hipercalcemia é importante considerar no diagnóstico diferencial outras causas de hipercalcemia além das malignas, como hiperparatireoidismo primário, doenças granulomatosas e uso de diuréticos tiazídicos. **OBJETIVO:** Relatar um caso de rara associação entre hiperparatireoidismo primário e hipercalcemia da malignidade. **MATERIAL E MÉTODOS:** Relatamos o caso de paciente do sexo feminino, 57 anos, encaminhada ao Serviço de Endocrinologia do Hospital de Clínicas de Curitiba (SEMPR) para investigação de hipercalcemia grave com necessidade frequente de internação. Apresentava história prévia de nefrectomia radical a direita e cavotomia por câncer de células claras renais há 5 anos, com recidiva há 3 anos e atualmente em tratamento quimioterápico. Durante investigação apresentou paratormônio (PTH - 281,8 pg/ml), elevado. A cintilografia de paratireoides demonstrou lesão sugestiva de hiperplasia/adenoma de paratireoide inferior direita, diagnóstico que foi confirmado com a avaliação de peça resultante de paratireoidectomia. Após a cirurgia a paciente evoluiu com níveis indetectáveis de PTH, entretanto continuou a apresentar aumento progressivo de cálcio sérico. Suas cintilografias ósseas não demonstraram metástases que justificassem o quadro. A dosagem de 1,25-OH-vitamina D (10,8 ng/mL) e 25-OH-vitamina D (21,6 ng/mL) eram baixas. Foi realizada a dosagem de proteína relacionada ao PTH (PTH-rp) que apresentou níveis elevados (4,6 pmol/L). **RESULTADOS:** A paciente apresentou hipercalcemia grave devido a associação de hiperparatireoidismo primário (comprovado por exames laboratoriais, de imagem, intervenção cirúrgica e anatomopatológica) e de hipercalcemia humoral maligna devido a secreção de PTH-rp pelas células tumorais (conforme demonstrou exame laboratorial). **DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:** A hipercalcemia da malignidade pode ser encontrada em 20-30% dos pacientes com diagnóstico de câncer. Pode ser classificada em 4 tipos: hipercalcemia humoral maligna (80%), hipercalcemia osteolítica local (20%), secreção de 1,25-diidroxivitamina D (<0,1%) e hiperparatireoidismo ectópico (<0,1%). A presença de hiperparatireoidismo primário isolado como causa da hipercalcemia de pacientes com câncer tem sido descrita em alguns trabalhos em aproximadamente 5-10% dos pacientes. Entretanto são raros os casos descritos em literatura sobre associação de hiperpartireoidismo primário e hipercalcemia humoral da malignidade.

**PALAVRAS-CHAVE:** Hipercalcemia da malignidade; Hiperparatireoidismo primário; Proteína relacionada ao paratormônio



## TP24 - AVALIAÇÃO DOS NÍVEIS SÉRICOS DE 25OH VITAMINA D EM MULHERES SAUDÁVEIS DA CIDADE DE CURITIBA

Kulak CA <sup>1</sup>; Borba VZC <sup>2</sup>; Ceron R <sup>2</sup>; Klein M <sup>3</sup>; Demspter DW <sup>4</sup>; Boguszewski CL <sup>2</sup>;  
1 - SEMPR- UFPR; 2 - SEMPR-UFPR; 3 - UFPR; 4 - Universidade Columbia EUA;

**Introdução:** A hipovitaminose D tem sido considerada uma epidemia no mundo. No Brasil, estudos realizados em Recife, Belo horizonte, São Paulo também demonstraram uma alta prevalência de insuficiência/deficiência de vitamina D. Os baixos níveis de 25OH vitamina D apresentam efeito negativo no esqueleto, sendo considerado um importante fator de risco para osteoporose. Na cidade de Curitiba, Paraná, a hipovitaminose D foi anteriormente identificada em estudos em pacientes com osteoporose secundária, entretanto nenhum estudo tinha sido realizado em mulheres saudáveis. **Objetivos:** Avaliar os níveis séricos de 25 OH vitamina D em mulheres na menopausa, saudáveis, da cidade de Curitiba, cuja latitude é 24-26°S. Correlacionar os valores de 25OH vitamina D com idade, tempo de menopausa e densidade mineral óssea (DMO). **Material e Métodos:** Um grupo mulheres, as quais tinham se cadastrado em uma campanha de screening de osteoporose realizada em nossa instituição, foram convidadas a participarem deste estudo. Após assinarem o termo de consentimento, foram submetidas a um questionário para avaliação de fatores de risco para osteoporose e coleta de sangue para dosagem de 25OH vitamina D. Medida da DMO através do exame de densitometria por dupla emissão de raio X (DXA) foi realizada na coluna lombar e fêmur. **Resultados:** Um total de 102 mulheres com idade média de 59,7±7,4 anos participaram deste estudo. O tempo médio de menopausa em anos foi de 13,2± 2,1. A mediana dos níveis séricos da 25OH vitamina D foi 14,7 ng/ml, sendo 72 mulheres apresentavam insuficiência (< 30 ng/ml) 26 tinham deficiência de vitamina D (< 12 ng/ml), e apenas 6, com valores normais. O valor médio da DMO da coluna lombar foi de 0,937±0,14 g/cm<sup>2</sup> no colo do fêmur, 0,788±0,12 g/cm<sup>2</sup> e do fêmur total, 0,862±0,13 g/cm<sup>2</sup>. Os níveis séricos de 25OHvitamina D não se correlacionaram com a idade, tempo de menopausa e com a DMO. **Conclusão:** Este estudo demonstrou uma alta prevalência de hipovitaminose D em um grupo de mulheres saudáveis moradoras de Curitiba. Neste grupo avaliado, não houve correlação dos níveis séricos da 25OH vitamina D com fatores de risco para osteoporose como idade avançada e baixa DMO.

**PALAVRAS-CHAVE:** 25OH Vitamina D; Hipovitaminose D; Osteoporose Pós Menopausa.





## TP25 - DIAGNÓSTICO DE HIPERPARATIREOIDISMO PRIMÁRIO EM PACIENTE COM EXTENSA REABSORÇÃO ÓSSEA COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO

Bavaresco V<sup>1</sup>; Farenzena EMV<sup>1</sup>; Almeida GB<sup>1</sup>; Pereira HCP<sup>1</sup>; Dalbosco IS<sup>1</sup>;  
1 - FURG;

O hiperparatireoidismo primário (HPTP) caracteriza-se por um distúrbio de hipersecreção do paratormônio (PTH) resultando em alterações do metabolismo do cálcio, fosfato e ossos. Ocorre mais frequentemente entre os 40 e 65 anos, no sexo feminino e tem como etiologia predominante o adenoma solitário de paratireóide. Relataremos o caso de um paciente masculino, jovem, com diagnóstico recente de hipertensão arterial sistêmica, dores ósseas persistentes após episódio de queda ao solo e hipercalcemia. Durante investigação do quadro, através de exames de imagem, constataram-se múltiplas lesões ósseas dentre elas traços de fratura, sinais de extensa reabsorção óssea e osteoclastomas (tumor marrom). O laboratório associado aos achados imaginológicos selaram o diagnóstico de HPTP resultante de provável adenoma único de paratireóide. O paciente foi encaminhado para paratireoidectomia parcial cujo anatomopatológico confirmou o diagnóstico de adenoma de paratireóide. Na evolução pós-operatória, deflagrou-se quadro de hipocalcemia necessitando de correção e acompanhamento laboratorial e clínico, visando à assintomatologia e involução das alterações ósseas. Esse relato exemplifica um quadro clínico cuja manifestação da doença foi predominantemente óssea, ao contrário do habitualmente encontrado. Entre os achados ósseos que sugerem a doença estão a reabsorção óssea subperiosteal, osteopenia generalizada, desmineralização em “sal e pimenta” do crânio e os chamados tumores marrons, revelando-se clinicamente por dor óssea, fratura patológica e fraqueza muscular proximal mais frequentemente. Tendo em vista as informações expostas, ao deparar-se com um paciente apresentando osteoporose severa, dor óssea recorrente ou fraturas espontâneas, o diagnóstico de HPTP deve ser prontamente lembrado e incluso no diagnóstico diferencial. A partir de então, deve-se seguir a investigação através de exames laboratoriais acompanhados de imagiologia a fim de confirmar e esclarecer a etiologia precocemente. Assim, a progressão para quadros irreversíveis e graves pode ser evitada.

**PALAVRAS-CHAVE:** Hiperparatireoidismo Primário; Tumor Marrom; Adenoma de Paratireóide



## **TP26 - FRAGILIDADE ÓSSEA – ASSOCIAÇÃO DE HIPERTIREOIDISMO MAL CONTROLADO E USO PROLONGADO DE BISFOSFONATO: RELATO DE CASO.**

Polesel MG <sup>1</sup>; Teixeira LM <sup>1</sup>; Valadão LS <sup>1</sup>; Borba VZC <sup>1</sup>; Kulak CAM <sup>1</sup>;  
1 - SEMPR - UFPR;

**INTRODUÇÃO:** Os bisfosfonatos são as drogas mais amplamente utilizadas no tratamento da osteoporose, com comprovada eficácia na redução de fraturas. Recentemente, relatos de fraturas atípicas de fêmur associadas ao longo uso desta droga questionam sua. Outras patologias, contudo, são também relacionadas tais fraturas, como por exemplo, o hipertireoidismo e o uso de corticóides. **OBJETIVO:** Descrevemos um caso de fraturas atípicas repetidas em mulher na pós-menopausa com dois possíveis fatores contribuindo para a fragilidade óssea. **RELATO DE CASO:** Paciente feminina, 56 anos, iniciou seu acompanhamento no Serviço de Endocrinologia do Hospital de Clínicas com história de hipertireoidismo em uso de Tapazol 5 mg por tempo desconhecido. Relatava história de fraturas de repetição: a primeira há 6 anos, por queda de mesmo nível, em diáfise de fêmur direito, necessitando de tratamento cirúrgico com placa de fixação; a segunda 2 anos após, sem trauma, periplaca de fixação; a terceira há 1 ano, em diáfise de fêmur esquerdo, sem trauma, também necessitando de placa de fixação. Permaneceu em uso irregular de Alendronato desde a primeira fratura, iniciado pela Ortopedia (serviço que a acompanhava) – por 6 anos. Histerectomizada aos 38 anos. Ao exame, estava em cadeira de rodas, com dificuldade de deambulação. Apresentava bócio sem evidência de nódulos, normotensa, peso 44 kg, IMC 23,79. Bócio foi confirmado por Ecografia e a cintilografia mostrou bócio difuso com hipercaptação. Houve necessidade de realizar dose de Iodo 131 25 mCi. Uma investigação bioquímica básica descartou outra causa de osteoporose secundária. A densidade mineral óssea (DMO) atual mostrou T score de fêmur total de -4.7 DP, colo fêmur -4.9 DP e L1-L4 -2.7 DP. Não dispunha de exames prévios. O Bisfosfonato foi suspenso, considerando-se que o mesmo pode ter contribuído na patogênese das fraturas em uma paciente com fragilidade óssea pelo hipertireoidismo mal controlado de longa data. **CONCLUSÃO:** Descrevemos um caso de fragilidade óssea com fraturas sugeridas como atípicas pela localização abaixo do trocanter maior do fêmur, levantando a hipótese de fragilidade óssea pelo hipertireoidismo – com fraturas de padrão não usualmente descritos na literatura e possível contribuição do efeito adverso do bisfosfonato.

**PALAVRAS-CHAVE:** Fragilidade Ossea; Hipertireoidismo; Bisfosfonatos.



## TP27 - GRANULOMA DE CÉLULAS GIGANTES COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE UM HIPERPARATIROIDISMO PRIMÁRIO

von Linsingen CIB<sup>1</sup>; Oliveira DHA<sup>1</sup>; Bianchet LC<sup>1</sup>; Fighera TM<sup>1</sup>; Borba VZC<sup>1</sup>; Kulak CAM<sup>1</sup>; 1 - UFPR;

**INTRODUÇÃO:** O granuloma de células gigantes (GCG) é uma lesão incomum, correspondendo a menos de 7% das lesões benignas dos maxilares. Mais de 60% dos casos ocorrem em pacientes com idade inferior a 30 anos e principalmente em mulheres. A etiologia pode envolver causas locais, como trauma e insultos vasculares, e sistêmicas, como a Neurofibromatose I, Síndrome de Noonan, gravidez e hiperparatireoidismo. **OBJETIVO:** Descrever o caso de uma paciente em que a suspeita diagnóstica de hiperparatireoidismo primário foi através de um granuloma de células gigantes na região maxilar. **DESCRIÇÃO DO CASO:** Em janeiro de 2011, avaliamos uma paciente do sexo feminino, 33 anos, com antecedente de tratamento quimioterápico e cirúrgico de osteosarcoma de fêmur esquerdo, realizados em 2005. Referia cefaléia frontal e occipital pulsátil de longa data, a qual se exacerbou há 1 ano, sem outros sintomas associados. Além disso, havia notado uma lesão tumoral na região maxilar direita há 3 meses. TC de face e seios da face demonstrou lesão osteolítica em alvéolos dentários à direita com invasão de partes moles adjacentes. Foi então biopsiada e, ao anátomo-patológico, lesão gigantocelular compatível com granuloma de células gigantes. À avaliação laboratorial, apresentava clearance de creatinina normal, PTH: 243,6 pg/mL, cálcio total: 11,1 mg/dl e fósforo: 2,3 mg/dl. Cintilografia de paratireóides demonstrou paratireóide hiperfuncionante na projeção do terço médio/superior do lobo esquerdo tireoidiano. A paciente foi submetida à paratireoidectomia superior esquerda e, ao anátomo-patológico, foi evidenciado adenoma de paratireóide. No pós-operatório evoluiu com normalização do cálcio e do PTH e, no momento, está aguardando ser submetida à cirurgia para extração da lesão maxilar. **CONCLUSÃO:** Descrevemos um caso raro, o qual demonstrou que a evidência de GCG nas regiões maxilar ou mandibular exige investigação para hiperparatireoidismo, pois lesões granulomatosas de células gigantes podem ser uma das primeiras manifestações de um hiperparatireoidismo primário oculto.

**PALAVRAS-CHAVE:** Granuloma de células gigantes; Hiperparatireoidismo primário



## TP28 - MIOPATIA SECUNDÁRIA AO HIPOPARATIREOIDISMO: RELATO DE CASO

Rodrigues GS<sup>1</sup>; Baggenstoss R<sup>1</sup>; Souza BV<sup>1</sup>; Kohara SK<sup>1</sup>; Araújo LA<sup>1</sup>; Gonçalves MVM<sup>2</sup>; Chikota CMM<sup>3</sup>; Souza MM<sup>3</sup>; Oliviera DB<sup>3</sup>; Bernardi GC<sup>3</sup>; Folda SM<sup>3</sup>; Reali RM<sup>3</sup>; Santos N<sup>3</sup>;  
1 - IEJE -CAD; 2 - Clínica Neurológica Joinville; 3 - UNIVERSIDADE DA REGIÃO DE JOINVILLE - UNIVILLE;

**Introdução:** O hipoparatiroidismo idiopático é uma condição pouco comum na prática clínica, não sendo encontrado na literatura dados sobre sua prevalência no Brasil. As manifestações neurológicas da doença se caracterizam pelo aumento da excitabilidade neuromuscular, ocasionando parestesia, câimbras ou mesmo convulsões. Entretanto, a miopatia secundária ao hipoparatiroidismo é uma afecção clínica bastante rara, tendo poucos casos descritos na literatura. **Descrição:** SMF, 23 anos, feminino, vem ao consultório de endocrinologia em cadeira de rodas, com diagnóstico de hipoparatiroidismo há 45 dias após um episódio de tetania de duração de horas, o qual evoluiu com uma tetraparesia de predomínio proximal e nos membros inferiores. Estava em tratamento com cálcio 3 g/dia e calcitriol 1,5 mcg/dia com queixa de mialgia intensa associada à hiperestesia de membros inferiores. Apresenta história familiar de lúpus eritematoso sistêmico. Exames laboratoriais evidenciaram paratormônio (PTH) baixo (8,8 pg/ml), hiperfosfatemia (5,9 mg/dl), normocalcemia, normomagneseemia e enzimas musculares normais (CK-Nac:53). Retorna 1 mês depois em uso de cetoprofeno, cálcio e calcitriol, com redução do PTH (3 pg/ml), hiperfosfatemia (5,7 mg/dl), normocalcemia, hipomagneseemia (1,5 mg/dl), enzimas musculares normais, creatinina 2,6 mg/dl e hemograma normal. Foi, então, suspenso cetoprofeno, mantido cálcio, reduzido calcitriol para 0,75 mcg/dia e prescrito paracetamol e complexo B com magnésio. Na avaliação pela neurologia apresentava tetraparesia de predomínio proximal de moderada intensidade (com força motora em membros inferiores MRC de 2 para iliopsoas e quadríceps bilateral), sem outras anormalidades. A eletroneuromiografia com teste semiquantitativo na agulha monopolar evidenciou unidades de potencial de atividade muscular complexa de baixa amplitude e de duração menor que 4 m/s e ausência de fibrilação e/ou ondas agudas em repouso, demonstrando um padrão miopático sem atividade. Biópsia muscular normal. Após sete meses do evento inicial, a paciente deambula com apoio unilateral e tem melhora progressiva do quadro clínico. **Conclusão:** A associação de sintomas musculares com exame neurológico normal ou inespecífico, associado a hipocalcemia, hiperfosfatemia e diminuição de PTH são consistentes com o quadro de miopatia hipocalcêmica secundária ao hipoparatiroidismo. Os achados deste caso descartaram doenças neuromusculares específicas, e a avaliação do padrão de agregados miofibrilar ou miotubular está sendo estudada com o serviço de Patologia.

**PALAVRAS-CHAVE:** Hipoparatiroidismo; Hipocalcemia; Miopatia



## TP29 - NÍVEIS DE VITAMINA D EM UM GRUPO DE HOMENS EM INVESTIGAÇÃO PARA TRATAMENTO DE OSTEOPOROSE NO AMBULATÓRIO DE METABOLISMO ÓSSEO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

Borba VZC<sup>1</sup>; Kulak CAM<sup>1</sup>; Ferreira AM<sup>1</sup>; Ribeiro CS<sup>1</sup>; Urbanetz LAML<sup>1</sup>; Mañas NCR<sup>1</sup>; Ramos CS<sup>1</sup>; Bovo PFB<sup>1</sup>;

1 - SEMPR;

No Brasil cerca de 6 a 14% dos homens tem osteoporose com múltiplos fatores responsáveis pela perda óssea. A deficiência de vitamina D (VD) é uma delas, em homens acima de 65 anos os níveis de insuficiência chegam a 72% nos Estados Unidos. Objetivo: Avaliar a prevalência de insuficiência de VD correlacionando-os a parâmetros de metabolismo ósseo em um grupo de homens que procuraram atendimento em ambulatório de metabolismo ósseo do Hospital de Clínicas da UFPR. Materiais e Métodos: Foram incluídos no estudo 71 pacientes (67±8.7 anos) virgens de tratamento, a maioria de brancos (80,2%). Os pacientes responderam a um questionário, seguido de densitometria óssea (DMO), RX de coluna torácica e lombar e coleta de sangue. Foram excluídos 7 pacientes por não completarem a avaliação, a amostra final foi de 65 homens (67,4±9,0). Estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HC da UFPR e os pacientes assinaram termo de consentimento. Resultados: O IMC médio foi de 26±4.0; 33,8% dos pacientes haviam recebido previamente o diagnóstico de osteoporose ou osteopenia entre 1 a 84 meses antes da consulta. Observamos que 47.7% apresentavam 2 ou mais comorbidades associadas; 16.9% eram tabagistas por 31.3±21.2 anos, 53.8% praticavam atividade física. História de fratura prévia esteve presente em 24 pacientes (36.9%), sendo que em 9 (13.8%) uma ou mais fraturas vertebrais foram diagnosticadas ao RX. Observamos que 52 (80%) dos pacientes apresentavam DMO em coluna lombar e colo de fêmur alteradas (50.7%/29.2% e 58.4% /21.5% osteopenia e osteoporose respectivamente). A vitamina D média foi de 28.9±11.13ng/ml, 37 (56.9%) apresentavam insuficiência (<30ng/ml) e 10 apresentaram deficiência (< 20ng/ml). Não observamos correlação entre as variáveis estudadas. Conclusões: Observamos uma alta prevalência de de insuficiência de vitamina D em homens com osteopenia e osteoporose, sugerindo que sua dosagem é fundamental na avaliação da massa óssea e homens.

PALAVRAS-CHAVE: Vitamina D; Osteoporose; Homens.



### **TP30 - PREVALÊNCIA DE ALTERAÇÕES NA MEDIDA DE MASSA ÓSSEA POR ULTRASSONOM DE CALCÂNEO EM IDOSOS DE UMA INSTITUIÇÃO DE ITAJAÍ-SC**

Badotti A <sup>1</sup>; Pelizzaro RS <sup>2</sup>; Ferreira AM <sup>3</sup>; Heusser K <sup>2</sup>; Ferreira AM <sup>3</sup>; Santos BTS <sup>2</sup>; Silva LM <sup>2</sup>;  
1 - UNIVALI ; 2 - UNIVALI; 3 - UFPR;

**Introdução:** O envelhecimento populacional cursa com o aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas, como a osteoporose, que é a doença osteometabólica mais comum e com grande impacto na qualidade de vida e na sobrevivência, em função do risco aumentado de fraturas em pessoas idosas. Apesar de a ultrassonometria óssea de calcâneo apresentar limitações e não definir o diagnóstico de osteoporose, é um exame de baixo custo, de fácil e rápida execução e isento de riscos, tornando-se uma opção como método de rastreamento de alterações na massa óssea. **Objetivo:** Estimar a prevalência de alterações da massa óssea determinadas pela ultrassonometria óssea (USO) de calcâneo e sua associação com fatores de risco para osteoporose em idosos institucionalizados da cidade de Itajaí-SC. **Material e métodos:** Foi realizado exame de USO em 50 idosos institucionalizados, não acamados (impossibilitados de se posicionarem para o exame), entre os quais 29 mulheres e 21 homens, com avaliação para a presença de fatores de risco como tabagismo, sedentarismo, etilismo e história de fratura prévia. De acordo com o resultado encontrado à USO, os exames foram classificados como normal, com alteração leve, moderada ou severa. A análise estatística foi efetivada através de cálculos de frequência absoluta e relativa. **Resultados:** Foram observadas alterações na massa óssea de 86% dos idosos, sendo que 34% deles apresentaram alteração grave; 30% apresentaram alteração moderada; 22%, alteração leve e 14% dos idosos apresentaram exame normal. A ocorrência de alterações foi maior entre as mulheres, acometendo 96,55% delas, enquanto que entre os homens a ocorrência foi de 66,67%. Alteração de moderada a grave foi encontrada em 71,4% dos idosos com mais de 89 anos, 90% dos sedentários, 87,5% dos idosos com história de fratura prévia e 53,3% dos tabagistas. **Conclusão:** Foi identificada alta prevalência de alteração de massa óssea à USO com maior ocorrência em pacientes do sexo feminino, idade mais avançada e sedentários. A presença de antecedente de fratura não traumática foi encontrada em pequeno número de idosos, porém todos apresentaram alteração grave da massa óssea à USO.

**PALAVRAS-CHAVE:** Osteoporose; Idosos; Ultrassom de Calcâneo.



## TP31 - RESULTADOS DE UMA CAMPANHA PARA TRIAGEM DE OSTEOPOROSE NO IEJE –CAD (INSTITUTO DE ENDOCRINOLOGIA E DIABETES JOINVILLE)

Souza, BV <sup>1</sup>; Bagenstoss R <sup>1</sup>; Rodrigues, GS <sup>1</sup>; Araújo, LA <sup>1</sup>; KOHARA SK <sup>1</sup>; BERNARDI GC <sup>2</sup>; FOLDA SM <sup>2</sup>; REALI RM <sup>2</sup>; CHICOTA CMM <sup>2</sup>; SOUZA MM <sup>2</sup>; OLIVEIRA DB <sup>2</sup>;

1 - IEJE; 2 - UNIVILLE;

**Introdução:** A osteoporose é uma doença osteometabólica comum cuja prevalência é maior em mulheres. **Objetivo:** Avaliar o perfil dos indivíduos submetidos a triagem para osteoporose através de ultrassom de calcâneo (USC) e questionário com fatores de risco. **Material e Métodos:** Durante 5 dias em outubro/2010 foi realizada uma campanha de osteoporose no IEJE que consistiu em USC e questionário, onde foram avaliados: sexo, idade, etnia, estatura, peso, histórico familiar de osteoporose (HFO), ingestão insuficiente de cálcio (IIC), menopausa precoce (MP), sedentarismo, uso prolongado de corticoesteróide e/ou medicação para epilepsia ou anti-ácido, história pessoal de fratura prévia (HPFP), falta de menstruação por distúrbio alimentar ou estresse (FMDAE), tabagismo, ingestão de álcool (+ 2 doses/dia) e cafeína (+ 3 xícaras/dia). A triagem pelo US foi através do T- score, sendo considerado normal até -1, de -1 até - 2,5 osteopenia e > que - 2,5 osteoporose. **Resultados:** Foram avaliados 106 indivíduos, dos quais 95 (89,6%) mulheres (M) e 10 (9,4%) homens (H), com idade média de 60,3 anos (40-82). 96 (90,6%) eram da raça branca. 97 (91,5%) apresentaram osteopenia e 8 (7,5%) osteoporose no USC. Dos pacientes com osteopenia, 88 (90,7%) eram (M) e 9 (9,3%) (H). Das mulheres, 19 (21,6%) relataram MP; 43 (44,3%) tinham HFO positiva; 11 (11,4%) tinham IIC; 34 (35,1%) afirmaram ser sedentários; 25 (25,8%) relataram uso de medicação; 32 (35,1%) tiveram HPFP; 23 (23,8%) relataram FMDAE; 9 (9,3%) tabagistas; nenhum usuário de álcool; 37 (38,1%) usavam cafeína. Dos pacientes com osteoporose, 7 (87,5%) eram (M) e 1 (12,5%) (H). Das mulheres, 3 (37,5%) relataram MP; 5 (62,5%) tinham história HFO positiva; apenas 1 (12,5%) relatou IIC e sedentarismo; nenhum relatou uso de medicação ou álcool; 5 (62,5%) relataram HPFP; 1 (12,5%) relatou FMDAE; 2 (25%) tabagistas; 3 (37,5%) usavam cafeína. **Conclusão:** A amostra foi composta predominantemente por mulheres com predominância de osteopenia cujos fatores de risco foram sedentarismo [risco relativo (RR):1,07; intervalo de confiança (IC):0,96-1,19], falta de menstruação (RR:1,05 IC:0,92-1,19) e uso de medicação (RR:1,1 IC:0,92-1,24). A amostra com osteoporose foi pequena não nos permitindo tirar conclusões.

**PALAVRAS-CHAVE:** Osteoporose; Campanha; Fator de Risco



## TP32 - SÍNDROME DE MAFFUCCI – RELATO DE CASO

Pitanga FH <sup>1 1</sup>;

1 - Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC); Introdução: A síndrome de Maffucci é uma doença congênita rara (cerca de 200 casos descritos), não hereditária e não contagiosa, que afeta ambos os sexos e pertence ao grupo das discondroplasias. É caracterizada pela presença de encondromatose associada a múltiplos hemangiomas. Os encondromas são tumores benignos cartilagineos que afetam principalmente os ossos longos das mãos e pés, ocorrem em qualquer idade, mas principalmente na segunda e terceira décadas de vida, evoluem para condrossarcoma em 25-30% dos casos. Os hemangiomas geralmente são do tipo cavernosos. Objetivo: Relatar um caso de síndrome de Maffucci. Relato de caso: LAR, feminino, 43 anos, encaminhada a Clínica Pitanga com dores nas mãos e pés, que piorava ao deambular. Exame Físico: nodulações em MMII, moveis ou aderidas a planos profundos, bilaterais, de aproximadamente 1 cm, algumas dolorosas. Exames Laboratoriais: PTH, cálcio, fósforo, albumina, fosfatase alcalina, TSH, eletroforese de proteínas e proteinúria de Bence Jones normais. Exames radiológicos: Rx das mãos: áreas radioluscentes com abaulamentos ósseos e afinamento da cortical localizados na falange proximal do 3º dedo, falanges proximais e médias do 4º e 5º dedo e do 4º e 5º metacarpianos esquerdos, circundados por uma fina camada de osso periosteal neoformado; Rx dos MMII: mesmo aspecto das mãos, visualizado na metáfise distal da fíbula esquerda, no calcâneo esquerdo, nas falanges proximais e distais do hálux, nas falanges proximais e media no 3º e 4º quirodáctilos e nos quatro metatarsianos laterais esquerdos; Rx de pelve: áreas osteolíticas com aspecto insuflativo com desmineralização óssea, com limites bem definidos, localizados na região íliaca esquerda, os ramos do pube e 1/3 proximal do fêmur; anatomopatológico de nodulação pré-tibial: hemangioma cavernoso; biópsia de lesão radiológica da bacia: ausência de malignidade, segmento do osso compacto/esponjoso preservado. Atualmente a paciente realiza tratamento somente para analgesia. Conclusão: Apesar de ser uma doença rara, deve-se pensar em Síndrome de Maffucci quando ocorrer nodulações subcutâneas compatíveis com hemangiomas associados a lesões radiológicas osteolíticas (encondromas) e exames laboratoriais normais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Encondromatose; Hemangiomas; Discondroplasias.





## TP33 - USO DE PARATORMÔNIO RECOMBINANTE HUMANO (1,34) EM CASO DE PSEUDO-ARTROSE – RELATO DE CASO

Marchi MFS<sup>1</sup>; Rickli JCK<sup>1</sup>; Couto CH<sup>2</sup>;  
1 - FURB; 2 - Hospital Santa Isabel;

O quadril é classificado anatomicamente como a região compreendida entre a crista ilíaca e o trocanter maior do fêmur. Suas principais funções são suportar o peso corporal e oferecer movimento compatível com a locomoção, dependendo quase que exclusivamente do seu arcabouço ósseo-cartilaginoso. Pseudo-artrose é definida como a ausência de união óssea no período de seis meses ou mais após uma fratura. No presente estudo é relatado um caso de pseudo-artrose de quadril no qual foi utilizado teriparatida 20 mcg/dia juntamente com cálcio 500 mg/dia e vitamina D 400 UI/dia na tentativa de ossificar a pseudo-artrose, considerando a osteoporose da paciente e a característica formadora óssea da medicação. A teriparatida é o hormônio paratireoideano recombinante humano (1-34), considerado um regulador primário do metabolismo de cálcio e fosfato nos ossos, que possui ação anabolizante e promove a formação óssea. O aumento da densidade óssea nos dois primeiros anos de tratamento é maior do que o apresentado por qualquer outro agente antireabsortivo. A ação do PTH tem influência tanto direta quanto indireta sobre o metabolismo do cálcio, agindo de maneira direta sobre a mobilização de cálcio ósseo e indireta através da sua reabsorção renal e intestinal. Em revisões da literatura são relatados o uso de teriparatida com o intuito de induzir formação óssea, consolidando casos de pseudo-artrose. No caso relatado somente houve consolidação da fratura após o tratamento com teriparatida, sem a paciente apresentar quaisquer efeitos adversos, o que sugere que seu uso pode ser benéfico em outros pacientes na mesma situação. Entretanto, mais estudos devem ser realizados para atestar a eficiência da utilização desse medicamento em casos de pseudo-artrose.

**PALAVRAS-CHAVE:** Pseudo-artrose; Teriparatida; Osteoporose.



## NEUROENDOCRINOLOGIA

### TP34 - AVALIAÇÃO PRECOZE DO EIXO GONADOTRÓFICO EM HOMENS ADULTOS QUE SOFRERAM TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO (TCE) GRAVE

Hohl A<sup>1</sup>; Ronsoni MF<sup>1</sup>; Silva MC<sup>1</sup>; Coral MHC<sup>1</sup>; Walz R<sup>1</sup>;  
1 - Universidade Federal de Santa Catarina;

**Objetivos:** O eixo hipotálamo-hipófise pode ser alterado no traumatismo crânio-encefálico (TCE), com consequente hipopituitarismo. A deficiência gonadotrófica tardia pós-TCE tem sido demonstrada com frequência (15 a 68%). O presente estudo avalia de maneira precoce o eixo gonadotrófico em homens adultos vítimas de TCE grave e sua relação com a mortalidade. **Métodos:** No estudo foram incluídos pacientes consecutivos admitidos na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Governador Celso Ramos, em Florianópolis, com diagnóstico de TCE grave (escala de coma de Glasgow após a ressuscitação igual ou inferior a 8), entre abril de 2006 e setembro de 2008. Foi realizada uma avaliação gonadotrófica precoce através das dosagens, em sangue periférico, de LH, testosterona total e SHBG (para o cálculo da testosterona livre), nos tempos de 12, 30 e 70 horas após o TCE. O trabalho foi aprovado pelo comitê de ética e os responsáveis dos pacientes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido. **Resultados:** Dos 79 pacientes masculinos avaliados, a idade média dos pacientes foi de 35 anos. Quanto ao desfecho, 51 pacientes sobreviveram e 28 evoluíram para o óbito durante a internação (35,4%). As causas do TCE foram acidentes de trânsito (60%), queda ao solo (28%), agressão física (6%) e outros (6%). A testosterona total média caiu significativamente da primeira para última coleta: 438, 278 e 196 ng/dL, respectivamente. A mesma situação foi observada com a testosterona livre calculada: 12,2, 7,9 e 5,0 ng/dL, respectivamente. Entretanto, não houve diferença estatisticamente significativa entre o grupo de pacientes que sobreviveram e aqueles que evoluíram para óbito durante a internação ( $p > 0,05$ ). Na primeira amostra, o valor de LH estava mais elevado entre os pacientes que morreram ( $5,8 \times 1,5$  mUI/mL). **Conclusão:** A testosterona diminuiu progressivamente nas primeiras 70 horas após TCE grave dos pacientes masculinos estudados. Uma provável recuperação ocorre num período posterior, visto que apenas uma parcela destes homens evoluirá para hipogonadismo definitivo. Não foi observada uma relação entre os níveis de testosterona total e livre e a mortalidade entre os pacientes estudados. Pesquisa financiada pelo CNPq e FAPESC.

**PALAVRAS-CHAVE:** Traumatismo Crânio Encefálico ; Eixo Gonadotrófico ; Avaliação Precoce



## TP35 - DIABETES INSIPIDUS NEFROGÊNICO RELACIONADO AO USO DE RIFAMPICINA

Farenzena EMV<sup>1</sup>; Bavaresco V<sup>1</sup>; Basso RP<sup>1</sup>; Mello FE<sup>1</sup>; Medeiros MS<sup>1</sup>; Kisner A<sup>1</sup>;  
1 - FURG;

O Diabetes Insipidus nefrogênico (DIN) é uma doença rara caracterizada pela incapacidade do rim de concentrar a urina, a despeito de concentrações normais ou aumentadas do hormônio antidiurético arginina-vasopressina (AVP). No DIN, os rins produzem um grande volume de urina diluída, porque eles não respondem ao hormônio antidiurético. Relataremos o caso de um paciente masculino, 33 anos, portador da síndrome de imunodeficiência humana (SIDA), em uso de terapia antirretroviral (TARV), que apresentou quadro de meningoencefalite, causada pela infecção por micobacterium tuberculosis e após o tratamento específico evoluiu com DIN. Confirmado laboratorialmente o diagnóstico de meningite tuberculosa, iniciou-se tratamento em unidade de terapia intensiva com rifampicina, isoniazida e pirazinamida, havendo evolução para quadro de poliúria persistente dentro de 10 dias. Assim, aventou-se a hipótese de DIN relacionado ao uso de drogas. Tendo em vista a elucidação diagnóstica, iniciou-se teste terapêutico com desmopressina (DDAVP) sem resposta. Sequencialmente foram suspensos antirretrovirais e tuberculostáticos, com resolução da poliúria. Após completa resolução do quadro, foram reintroduzidos inicialmente TARV, sem alteração da diurese e, posteriormente, rifampicina, com reestabelecimento da poliúria. Com base na correlação da variação da diurese com o uso e suspensão da medicação, associada aos achados laboratoriais, confirmou-se o diagnóstico de DIN. Tal entidade resulta da falha dos rins em responder ao hormônio antidiurético (ADH), podendo ser congênito ou, mais comumente adquirido. Essa é exemplificada e causada, na maioria dos casos, pela associação com o uso de drogas. Os casos restantes têm como etiologia distúrbios metabólicos, doenças renais crônicas, neoplasias, uropatias obstrutivas, doenças sistêmicas, gravidez e DIN idiopático. Dentre as medicações relacionadas ao DIN, o lítio é a mais prevalente, estando a rifampicina raramente estabelecida. Com base no exposto, evidencia-se a necessidade de atentar para esse possível efeito adverso da rifampicina, além dos mais comuns. Dessa maneira, a evolução para desfechos possivelmente fatais, relacionados ao DIN, podem ser evitados.

**PALAVRAS-CHAVE:** Diabetes Insipidus; Rifampicina; Poliúria.



## TP36 - DISLIPIDEMIA E USO DE ESTATINAS EM PACIENTES COM AVC

Braga PB<sup>1</sup>; Ronsoni MF<sup>2</sup>; Pereira LAF<sup>1</sup>; Bevilaqua M<sup>1</sup>; Martins Braga F<sup>2</sup>; Pomblum VJ<sup>1</sup>;  
1 - UFSM; 2 - UFSC;

**INTRODUÇÃO:** Acidente vascular cerebral (AVC) é a segunda causa de morte em seres humanos. Dislipidemia é importante fator de risco para AVC, mas condição evitável se devidamente tratada. Estatinas são fármacos que atuam reduzindo as concentrações sanguíneas do colesterol através da inibição na síntese hepática da enzima 3-Hidroxi-3-Metil Glutaril Coenzima-A redutase. Segundo estudo grego, pacientes que usam estatinas depois de sofrer AVC têm 35% menos risco de sofrer outro AVC e 57% menos probabilidade de morrer nos próximos dez anos. **OBJETIVO:** Avaliar a prevalência de dislipidemia e o uso de medicação para tal, em pacientes atendidos por AVC em um hospital universitário do sul do Brasil no ano de 2009. **MÉTODO:** Selecionaram-se retrospectivamente para este estudo os pacientes que receberam o diagnóstico de AVC (CID I64) atendidos em um hospital universitário do sul do Brasil no ano de 2009. Pacientes com idade inferior a 55 anos foram excluídos da amostra. Dos prontuários dos pacientes incluídos na amostra, foram avaliados: dislipidemia (CID 10 E70) e o uso de medicação para promover controle da dislipidemia durante a hospitalização. Foram considerados tanto os diagnósticos conhecidos no momento da admissão quanto aqueles realizados durante a internação hospitalar. **RESULTADOS:** Dos 19 pacientes que preencheram os critérios de inclusão deste estudo, 58% (n=11) eram do sexo feminino e 42% (n=8) do sexo masculino. As idades variaram de 58 a 86 anos (média: 72,7 anos, desvio padrão:  $\pm 8,25$  anos). Algum grau de dislipidemia foi determinado para 63% (n=12) dos pacientes estudados, o que representou 63% (n=5) dos homens e 64% (n=7) das mulheres (p=1). Receberam prescrição de sinvastatina durante a hospitalização 58% (n=11) dos pacientes estudados. **CONCLUSÕES:** Entre os pacientes avaliados pelo presente estudo, houve um discreto predomínio do sexo feminino. Dislipidemia foi bastante prevalente, aparecendo em 63% dos casos. Sinvastatina foi a medicação utilizada em 92% (n=11) desses pacientes.

**PALAVRAS-CHAVE:** Acidente Vascular Cerebral; Dislipidemia; Estatinas



## TP37 - SÍNDROME DE CUSHING SECUNDÁRIA À CARCINOMA DE ADRENAL: RELATO DE CASO

Paviani G<sup>1</sup>; Ronsoni MF<sup>1</sup>; Silva MC<sup>1</sup>; Kowalski ME<sup>1</sup>; Canalli MHBS<sup>1</sup>; Vieira DSC<sup>1</sup>; Colombo G<sup>1</sup>; Hohl A<sup>1</sup>; Coral MHC<sup>1</sup>;

1 - UFSC;

**Introdução:** Carcinoma de adrenal (CA) é um tumor raro e agressivo. São funcionantes em 60% dos casos. Manifestação clínica mais comum é de hipercortisolismo isolado ou associado à virilização.

**Relato do Caso:** Feminina, 46 anos, quadro de: astenia, anorexia, edema membros inferiores, anemia e fenômeno de Raynaud, em janeiro/2010. História prévia: diagnóstico recente de DM, HAS e dislipidemia; menopausa aos 40 anos; trombose venosa profunda (TVP) em membro inferior esquerdo, em janeiro/2009 (uso de anticoagulante). Investigação TVP: negativo trombofilias. Exames (janeiro/10): Hemoglobina 5,5 g/dl (VR 12-16), Hematócrito 19,1% (VR 37-47%), RDW 27,9 (VR 9,9-15,5). PCR 8,04 mg/l (VR <5), VHS 120 mm/h (VR <20) e haptoglobina 297 mg/dl (VR 36-195). Ferro sérico 12 µg/dl (VR 35-150) e ferritina 5,35 ng/ml (VR 9-148), LDH, bilirrubina total e frações e eletroforese de proteínas normais. Mutação do gene JAK2 negativa. FAN, Anti-RNP, Anti-Sm, Anti-DNA, Anti-Ro, Anti-Cardiolipina, Anticoagulante lúpico, p-Anca e c-Anca: negativos. Anticorpo Anti-Gliadina: negativo e biópsia duodenal: sem anormalidades. TSH e T4 livre: normais. Endoscopia digestiva alta: normal. Anatomopatológico (AP) de biópsias fundo gástrico: inflamação sem neoplasia. Colonoscopia: hemorróidas de grau I. Cintilografia com hemácias marcadas: sem sinais de sangramento ativo. TC abdome: nódulo em adrenal esquerda, 3,2 x 2,6 cm, valores atenuação negativos, sugestivo de adenoma. Após 6 meses apresenta quadro exuberante de hipercortisolismo. Exames - cortisol sérico matinal: 22 µg/dl (VR 5-25); cortisol livre urinário 24 horas: 115,05 mcg/dl (VR 9,5-148), cortisol após supressão 1 mg dexametasona: 20 mcg/dl (VR < 2,8). ACTH: < 5 pg/ml (VR <46). Adrenalectomia esquerda videolaparoscópica em maio/2010. AP: neoplasia de córtex de adrenal, 3,0 x 2,1 cm, favorecendo malignidade, invasão capsular estendendo-se até gordura adjacente. Ausência de invasão vascular. Imuno-histoquímica: Melan A positivo focal e Sinaptofisina positivo. Reoperada em outubro/2010: lesão à TC abdome em topografia adrenal esquerda. AP: congestão vascular, proliferação neuroganglionar e áreas de cicatrização (ausência malignidade). Atualmente: acompanhamento oncológico, em uso de prednisona 5mg/dia e mitotano 2g/dia. Discussão: Carcinoma adrenal embora raro, deve ser incluído no diagnóstico diferencial de hipercortisolismo. O atraso no diagnóstico é devido às diversas formas de apresentação clínica, podendo se apresentar inicialmente, como no nosso caso, como síndrome paraneoplásica.

**PALAVRAS-CHAVE:** Adrenal; Cushing; Carcinoma.



## TP38 - SÍNDROME DE CUSHING SECUNDÁRIA À SECREÇÃO ECTÓPICA DE ACTH: RELATO DE CASO DE TUMOR NEUROENDÓCRINO PANCREÁTICO COM METÁSTASES HEPÁTICAS

Crispim M<sup>1</sup>; Ronsoni MF<sup>1</sup>; Silva MC<sup>1</sup>; Hohl A<sup>1</sup>; Canalli MHB<sup>1</sup>; Kowalski ME<sup>1</sup>; Coral MHC<sup>1</sup>; Colombo G<sup>1</sup>; 1 - UFSC;

**Introdução:** Tumores neuroendócrinos do pâncreas (TNP) são raros (incidência: 1 a 2 casos por 100.000 pessoas/ano, em ambos os sexos). São capazes de secretar um ou mais hormônios e mudar seu perfil de secreção ao longo do seu curso. **Relato do Caso:** Feminina, 51 anos, com quadro de aumento de peso e início de hipertensão arterial há 4 anos. **História prévia:** diabetes mellitus, depressão e dislipidemia. **Queixa** de cefaléia diária, mialgia em membros superiores e lombar. **Exame físico:** obesidade central, fâcies de lua cheia, pletora facial, giba, estrias violáceas em abdome, fragilidade capilar e fraqueza muscular proximal. **Exames laboratoriais:** cortisol livre urinário de 24 horas 156 µg/dl (Valor referência [VR] 20-70), cortisol basal 54,5 µg/dl (VR 5 a 25). Cortisol sérico após teste de supressão com 1 mg de dexametasona de 35,6 µg/dl (VR < 2,8), ACTH basal 189 pg/ml (VR<46). Hipocalcemia severa, potássio sérico 2,1 meq/L (VR 3,5 a 5,5) sem repercussão cardíaca. Relação aldosterona/atividade da renina plasmática 8,4 (VR<23,6). TSH, Sulfato DHEA, testosterona normais. Teste do estímulo do eixo com 10 µg de DDAVP: aumento 5,2% cortisol e 20% ACTH. Tomografia de abdome: múltiplas imagens nodulares em fígado sugestivas de metástases e lesão no corpo do pâncreas, heterogênea, com realce ao contraste, medindo 7,5 x 4,6 x 5,1 cm com invasão e redução da artéria e veia esplênicas. Sem plano de clivagem com tronco celíaco, artéria hepática comum e gástrica esquerda. **Biópsia de nódulo hepático:** lesão infiltrativa por neoplasia pouco diferenciada sugestiva de carcinoma neuroendócrino. **Imuno-histoquímica:** citoqueratina de baixo peso molecular positivo focal, cromogranina A positivo nas células neoplásicas, Ki 67 positivo em cerca de 5 a 10 % das células neoplásicas. Perfil compatível com metástase de carcinoma neuroendócrino. **Avaliação cirúrgica:** sem indicação de cirurgia (lesão irressecável). Encaminhada para seguimento oncológico paliativo. **Discussão:** TNP são reportados em até 16 % dos casos de pacientes com síndrome de ACTH ectópica. Sendo assim, ressalta-se a importância do caso da paciente acima, visto que tais tumores são usualmente malignos, com prognóstico ruim e as metástases hepáticas, quando presentes, são frequentemente evidenciadas de forma precoce.

**PALAVRAS-CHAVE:** Tumor Neuroendócrino; Cushing; ACTH ectópico



### TP39 - SÍNDROME DE KALLMANN: RELATO DE CASO.

Camícia TG <sup>1</sup>; Tagliari GGM <sup>1</sup>; Dornelles MD <sup>1</sup>; Dotto RS <sup>1</sup>; Michelotti CS <sup>1</sup>; Nogueira LA <sup>1</sup>; Hennig IR <sup>1</sup>; Pereira WG <sup>1</sup>; Ribas CR <sup>1</sup>; Dias EC <sup>1</sup>; Medeiros MS <sup>1</sup>; Dalbosco IS <sup>1</sup>;  
1 - FURG;

**Introdução:** A Síndrome de Kallmann (SK) é uma doença que se caracteriza por hipogonadismo hipogonadotrófico e anosmia associada a hábito eunucóide e deficiente desenvolvimento sexual. Também pode ocorrer cegueira para cores, atrofia óptica, surdez neural, fenda palatina, anormalidades renais, criptorquidismo e anormalidades neurológicas. A doença resulta da síntese defeituosa de GnRH a partir de defeitos no gene KAL-1, mapeado no cromossomo Xp22.3. Apresenta-se por diversos padrões de herança. As concentrações de testosterona sérica, LH e FSH estão diminuídas. **Relato de caso:** E.R., 19 anos, masculino, consultou com quadro de déficit de desenvolvimento, caracterizado principalmente por baixa estatura, 141 cm, peso 65,5 Kg, micropênis, bolsa escrotal hipodesenvolvida, criptorquidia, ausência de pêlos em região genital e comportamento infantilizado. Apresentou diminuição da sensação olfativa, e da acuidade visual à esquerda. Refere ter uma irmã com problemas de desenvolvimento sexual e relata que os pais possuem um grau próximo de parentesco. Com isso as hipóteses diagnósticas foram: pan-hipopituitarismo; hipogonadismo hipogonadotrófico (síndrome de Kallmann) e agenesia de hipófise. Foram realizados dosagens hormonais, e tomografia computadorizada de hipófise e após resultado iniciou-se terapia com Durateston® (testosterona), confirmando o diagnóstico da Síndrome de Kallmann. Com a continuidade do tratamento o paciente desenvolveu caracteres secundários, como pêlos distribuídos de forma andróide, aumento do tamanho peniano, e masculinização da voz. **Discussão:** A história, exame físico e os dados laboratoriais, incluindo a resposta subnormal de FSH, LH ao estímulo com GnRH são muito característicos da SK. A deficiência androgênica se corrige com testosterona cujas formas mais úteis são de aplicação parenteral, existindo também outras formas de aplicação. Além de mutações no gene KAL-1, também foram descritas mutações em outros genes. A anatomia do bulbo olfatório pode ser melhor avaliada através de ressonância nuclear magnética. Na maioria das vezes o diagnóstico é feito por exclusão após serem eliminadas outras causas de disfunção hipotalâmica-hipofisária. O tratamento a longo prazo de homens com testosterona restaura o desenvolvimento puberal e as características sexuais secundárias, como foi realizado no caso. Já as mulheres podem ser tratadas com estrogênio e progestágenos cíclicos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Síndrome de Kallmann; Hipogonadismo; Gonadotropinas



## OBESIDADE

### TP40 - ANÁLISE DE UMA AMOSTRA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA DE DIFERENTES ESTADOS: ESBOÇO SOBRE A CONCEPÇÃO POPULAR E ASPECTOS QUALITATIVOS E QUANTITATIVOS DA INGESTÃO DE SOBREMESAS

Foresti D<sup>1</sup>; Sereno AB<sup>2</sup>; Rodrigues RO<sup>3</sup>; Lamb E<sup>4</sup>; Souza JG<sup>5</sup>;  
1 - UNOESC; 2 - UNIFENAS; 3 - UNAERP; 4 - PUC-PR; 5 - UNISC;

**INTRODUÇÃO:** Sobremesa decorre da construção morfológica de sobre (após, aquilo que sucede) com mesa (refeição principal que se consome à mesa). Portanto, significa aquilo que sucede a refeição principal. Este estudo objetivou investigar a concepção de pessoas de diferentes Estados brasileiros sobre a ingestão de sobremesas, a correlação da satisfação com o peso corporal x frequência de ingestão e os tipos mais consumidos. **METODOLOGIA:** Questionários foram aplicados por acadêmicos de Medicina a 2.500 pessoas de 20-80 anos de idade de ambos os sexos durante o período de maio-junho de 2010 nos Estados: DF, GO, MS, SP, MG, RJ, PR, SC, RS, CE, PE e BA. Para analisar a concepção sobre as sobremesas, as opções foram: devem ser evitadas, podem ser ingeridas de preferência após as refeições, podem ser ingeridas em qualquer horário, devem ser ingeridas porque fazem parte da nossa cultura. Para análise da frequência de ingestão, as opções foram de nunca a todos os dias ( $\geq 2x/dia$ ). Para a análise da satisfação do peso, as opções foram satisfeitos ou insatisfeitos (desejando ganhar ou perder peso). Cada participante pôde marcar até 3 sobremesas entre as opções: fruta, gelatina, doce de leite, doce de fruta, chocolate, sorvete, pudim, torta doce, bala ou bolo. **RESULTADOS:** 48% dos participantes acharam que as sobremesas podem ser ingeridas de preferência após as refeições; 31% devem ser evitadas; 12% podem ser ingeridas em qualquer horário e 9% devem ser ingeridas porque fazem parte da nossa cultura. Quanto à correlação da frequência de ingestão x satisfação com o peso, de nunca a até 2-4x/semana, o percentual de satisfeitos com o peso foi maior do que insatisfeitos/desejando perder peso, enquanto nas maiores frequências de ingestão esta relação foi inversa. Os insatisfeitos/desejando ganhar peso não mostraram correlação nítida. As sobremesas mais consumidas foram frutas (26%), chocolate (13%) e gelatina (10%). **CONCLUSÃO:** A maior parte dos participantes acha que as sobremesas podem ser consumidas, de preferência após as refeições. Os insatisfeitos com o peso/desejando perder peso tendem a ingerir as sobremesas com maior frequência do que os satisfeitos. As sobremesas mais consumidas foram as frutas, o chocolate e a gelatina.

**PALAVRAS-CHAVE:** Sobremesa; Peso; Satisfação





## TP41 - COMPARAÇÃO ENTRE DESFECHO PERINATAL DE GESTANTES OBESAS E EUTRÓFICAS NO MUNICÍPIO DE ITAJAÍ-SC

Costa IC<sup>1</sup>; Perin C<sup>1</sup>; Lavado ML<sup>1</sup>;  
1 - UNIVALI;

O crescimento da população obesa mundial é reconhecido e está relacionado ao sedentarismo e ao maior consumo de alimentos de alto valor energético. (WANDERLEY; FERREIRA, 2010) Devido aos riscos perinatais intrínsecos a obesidade, é importante que os serviços de pré-natal estejam aptos a oferecer assistência adequada às gestantes obesas visando minimizar danos. (FRATTESI; CORRÊA JUNIOR, 2010). Dados comparativos entre gestantes obesas e eutróficas poderão expor diferenças significativas a fim de chamar a atenção dos gestores e profissionais de saúde para melhor assistência pré-natal, buscando medidas profiláticas e terapêuticas. Objetivo: comparar o desfecho perinatal de pacientes obesas atendidas no serviço municipal de pré-natal de alto risco em Itajaí-SC, e gestantes eutróficas atendidas no serviço de pré-natal de baixo risco oferecido pela Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), visando reconhecer os fatores de risco para um desfecho perinatal desfavorável em obesas. Método: as gestantes foram classificadas em obesas e eutróficas através do Índice de Massa Corporal (IMC) da primeira consulta, de acordo com as idades gestacionais, e divididas em dois grupos para comparação. Os dados foram coletados de prontuários e a análise estatística foi feita através do teste exato de Fisher e teste t de Student e a proporção das variáveis foi comparada pelas Razões de Prevalência. As variáveis analisadas foram ganho ponderal, número de gestações, partos prévios, idade gestacional no parto, tipo de parto, comorbidades prévias e adquiridas durante a gestação, peso do neonato, índice de Apgar no 5º minuto e internação em UTI neonatal. Resultados: As gestantes obesas apresentaram maior faixa etária, mais gestações e comorbidades prévias, maior prevalência de prematuridade, maior frequência de cesáreas e internação em UTI neonatal. Não foi observada diferença significativa entre os grupos quanto às comorbidades adquiridas durante a gestação e índice de Apgar. A média de ganho de peso foi adequada nos dois grupos. Conclusão: As pacientes obesas são acompanhadas de comorbidades prévias e histórico médico e gestacional mais complexo, que podem atuar como causa ou fator adjuvante no desfecho gestacional desfavorável. A assistência pré-natal de qualidade, com maior ênfase nas comorbidades associadas à obesidade, é fundamental para acompanhamento e prevenção de possíveis intercorrências.

**PALAVRAS-CHAVE:** Complicações na Gravidez; Obesidade; Cuidado Pré-natal



## TP42 - CORRELAÇÃO DA PERCEPÇÃO DA SATISFAÇÃO COM O PESO CORPORAL E PADRÃO DE REFEIÇÕES HABITUAIS NUMA AMOSTRA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA DE DIFERENTES ESTADOS

Foresti D. <sup>1</sup>; Gebrin VC <sup>2</sup>; Destefani A <sup>1</sup>; Nunes CN <sup>3</sup>; Lorenzetti B <sup>4</sup>; Ramos F <sup>5</sup>; Cavalcanti HOF <sup>2</sup>; Soares KJS <sup>2</sup>;

1 - UNOESC; 2 - FACIPLAC; 3 - UNIPAC; 4 - FMJ; 5 - FCM/UPE;

**INTRODUÇÃO:** Hábitos alimentares são essenciais na manutenção de um adequado estado nutricional. O estudo investiga o padrão de refeições de uma amostra da população brasileira correlacionando com a percepção de satisfação com o peso corporal. **METODOLOGIA:** Questionários aplicados por acadêmicos de Medicina a 2.500 pessoas de 20-80 anos de idade de ambos os sexos durante o período de maio-junho de 2010 nos Estados: DF, GO, MS, SP, MG, RJ, PR, SC, RS, CE, PE e BA. Para investigação da satisfação com o peso, foram dadas as opções: satisfeitos ou insatisfeitos (desejando ganhar ou perder peso). Analisou-se quantas/quais refeições os participantes realizam diariamente e o período em que eles comem mais: manhã, tarde ou à noite. **RESULTADOS:** Os participantes foram 44% homens e 56% mulheres. Entre os homens, 60% estão satisfeitos com o peso, 33% desejam perder peso e 7% desejam ganhar peso. Nas mulheres, 44% estão satisfeitas com o peso, 52% desejam perder peso e 4% desejam ganhar peso. Por faixa etária, apenas o grupo de 31-40 anos apresentou percentual de insatisfação com o peso/querendo perder peso (51%) maior do que o de satisfação (44%). A insatisfação foi grande também de 51-60 anos (48%) e de 20-30 anos (45%). Um maior número de participantes faz 4 refeições/dia (36%) ou 3 refeições/dia (32%). Apenas 10% fazem as 6 refeições recomendadas diariamente. Quanto ao café da manhã, 10% não fazem esta refeição e 4% tomam apenas café (puro). Observou-se que, quanto menor o número de refeições, maior a tendência de insatisfação com o peso corporal, especialmente entre os que fazem apenas 2 refeições/dia. Com relação ao período de maior ingestão durante o dia, apenas no grupo que come mais à noite o percentual de insatisfeitos/desejando perder peso (52%) foi maior do que o de satisfeitos (43%). **CONCLUSÃO:** Nesta amostra da população, prevaleceu a insatisfação com o peso/desejando perder peso com um menor número de refeições e entre aqueles que comem mais à noite, reforçando a recomendação usual de distribuição das calorias ao longo do dia evitando-se comer muito à noite, para a manutenção de um adequado estado nutricional e controle do peso.

**PALAVRAS-CHAVE:** Alimentação; Peso; Satisfação



### TP43 - Deficiências nutricionais convivem com excesso de ingestão energética em pacientes com obesidade grave

Driemeyer J. <sup>1</sup>; Dias de Castro M.L. <sup>1</sup>; Friedman R. <sup>1</sup>;

1 - Programa de Pós Graduação em Endocrinologia UFRGS/HCPA; Introdução: No Brasil 14,7% da população adulta apresenta obesidade, doença multifatorial resultante de um desequilíbrio entre a ingestão de energia e seus gastos, diagnosticada na presença de um índice de massa corporal  $>30 \text{ kg/m}^2$ . Como se espera, a ingestão calórica desses indivíduos é elevada, porém, mesmo nesses indivíduos é possível ocorrer super ou subconsumo de nutrientes essenciais ao nosso organismo. Objetivo: Comparar o consumo alimentar desses pacientes com as recomendações da DRIs a partir de registros alimentares pesados (RAP). Métodos: Foram examinados pacientes com obesidade grau III encaminhados aos ambulatórios de Cirurgia Bariátrica e Endocrinologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Esses foram submetidos a avaliação dos hábitos alimentares através de RAP assim como submetidos a avaliação nutricional e clínica. O RAP era realizado durante três dias, não consecutivos, no intervalo de 1 mês, sendo nesses dias todos os alimentos pesados com balança digital. O cálculo da ingestão foi realizado através do software Nutribase. Os nutrientes selecionados para análise foram: calorias totais, carboidratos, proteínas, lipídios, fibra, cálcio, ferro, sódio, zinco, potássio, e as vitaminas B6, B12, A, D e E. Resultado: No presente estudo, foram analisados 36 pacientes com o IMC médio de  $47,14 \text{ kg/m}^2 + 7,7$ . A ingestão diária de potássio, vitamina B6, vitamina A, vitamina E, vitamina D foi menor do que as recomendações (DRIs) ( $P < 0,05$ ). A ingestão de ferro, fibra, cálcio e VitB12 atendeu às recomendações. A ingestão de gorduras, zinco e sódio foi superior às recomendações ( $p < 0,005$  IC:95%). Conclusão: Apesar do excessivo consumo calórico dos pacientes obesos grau III, este grupo de pacientes tem consumo deficiente de vários nutrientes em paralelo a um consumo excessivo de gorduras e sódio, caracterizando um estado de desnutrição seletiva na presença de obesidade grave.



## TP44 - IDENTIFICAÇÃO DE SOBREPESO E OBESIDADE EM ESTUDANTES DO ENSINO FUNDAMENTAL E FATORES ASSOCIADOS EM UM COLÉGIO PARTICULAR NO MUNICÍPIO DE ITAJAÍ (SC)

Damacena NCF<sup>1</sup>; Cardoso JL<sup>1</sup>;

1 - UNIVALI;

A obesidade é uma doença crônica de etiologia multifatorial, definida como um excesso de gordura corporal que tem repercussões clínicas e psicológicas e constitui um problema de saúde pública. OBJETIVO: Verificar a frequência de sobrepeso e obesidade em estudantes e fatores associados em uma escola particular do município de Itajaí. MÉTODO: Estudo observacional e transversal, incluindo estudantes de 1ª a 4ª série, matriculados no Colégio de Aplicação da Univali, realizado em novembro de 2009. Os dados foram coletados por meio de questionários estruturados (renda per capita, alimentação e atividade física) e aferição de dados antropométricos (peso, estatura e cintura abdominal). RESULTADOS: De um total de 118 alunos, 73 (61,9%) participaram da pesquisa, destes 39 (53,4%) eram do sexo masculino e 34 (46,6%) do sexo feminino, a média de idades foi  $8,5 \pm 1,3$  anos. Dos estudantes: 8,2% apresentaram baixo peso, 11,0% sobrepeso e 13,7% obesidade. A circunferência abdominal acima do percentil 90 tem correlação com a obesidade e sobrepeso e ocorreu em 13,7%, sendo 80% do sexo masculino. Do total da amostra, 39,7% tem renda entre cinco a dez salários mínimos per capita, sendo que entre as famílias das crianças obesas, a renda é acima de dez salários mínimos per capita em 60,0% dos casos. Em relação à atividade física 46,6% das crianças são muito ativas e 37,0% suficientemente ativas. Quanto à alimentação, 82,2% ocorre de forma inadequada. CONCLUSÃO: Encontrou-se alta porcentagem de estudantes com excesso de peso (24,7%), mas também, frequência de magreza em 8,2% deles. A alimentação ocorreu de forma inadequada na maioria dos estudantes, em compensação a atividade física é praticada de forma satisfatória. Esses achados sugerem mais estudos com amostra maior e investigação de fatores, principalmente relativos à hábitos alimentares, uma vez que a renda da maioria das famílias permite acesso a alimentos de forma adequada.

PALAVRAS-CHAVE: Índice de Massa Corporal; Obesidade; Estudantes



## TP45 - OBESIDADE INFANTIL E ALTERAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR

Rizzolli, J<sup>1</sup>; Rizzotto, MIB<sup>2</sup>; Lain, FV<sup>2</sup>; Marques, DS<sup>1</sup>; Repetto, G<sup>1</sup>;  
1 - PUC-RS; 2 - PUC- RS;

A prevalência de obesidade infantil tem aumentado tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento, no Brasil, pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostrou que, em apenas 30 anos, o número de crianças e adolescentes do sexo masculino acima do peso no País subiu de 4% para 18%, entre as meninas, o salto foi de 7,5% para 15,5%. A obesidade infantil frequentemente persiste na vida adulta, sendo que mais de 80% das crianças obesas tornam-se adultos obesos. Sabe-se que a obesidade é um importante fator de risco cardiovascular por estar relacionada a dislipidemia, hipertensão, diabetes e apnéia do sono, portanto a pandemia desta patologia acarreta importante morbidade. Com base nestes dados e, de outros de estudos realizados no Brasil que mostram resultados também alarmantes, fizemos um levantamento do perfil dos nossos pacientes com sobrepeso e obesidade, atendidos no Ambulatório de Endocrinologia Pediátrica do Hospital São Lucas da PUC de Porto Alegre. Totalizamos 66 pacientes, com idade média de 10,46 anos, sendo 59% (39) meninas e 40,9% (27) meninos, destes 83,33% (55/66) eram obesos (IMC > 95 para a idade e sexo) e 16,66% (11/66) com sobrepeso (IMC 85-95 para a idade e sexo). A prevalência de hipertensão foi de 10,9% (6/55) e de pré-hipertensão 23,63% (13/55). Alteração do perfil lipídico foi encontrada em quase metade da amostra; colesterol total acima de 170 em 45,5% (30/66) das crianças, LDL acima de 130 em 12,30% (8/65) e triglicédeos acima de 130 em 26,15% (17/65). Calculado o HOMA-IR (Homeostasis Model Assessment – insulin resistance) que é o método mais sensível e específico para avaliar sensibilidade insulínica, com determinação do ponto de corte para adolescentes de 3,16, sendo encontrada uma prevalência de 52% (26/50) de resistência insulínica neste grupo de pacientes, apenas 1 também apresentava glicemia de jejum alterada (2%). A associação com hipotireoidismo foi evidenciada em 15,55% (10/66) dos pacientes. Em nosso Serviço a prevalência de comorbidades entre crianças e adolescentes obesos e com sobrepeso demonstrou ser elevada o que condiz com outros dados brasileiros e mundiais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Obesidade infantil; fatores de risco cardiovasculares; resistência insulínica



## TIREOIDE

### TP46 - ALTAS DOSES DE I-131 NO CONTROLE DO CÂNCER DIFERENCIADO DE TIREÓIDE METASTÁTICO – RELATO DE CASOS

Marchi MFS<sup>1</sup>; Rickli JCK<sup>1</sup>; Couto CH<sup>2</sup>;  
1 - FURB; 2 - Hospital Santa Isabel;

O carcinoma diferenciado de tireóide (CDT) é a neoplasia endócrina mais frequente e quando diagnosticado precocemente apresenta elevados índices de cura. O tratamento consiste em tireoidectomia total seguida por ablação actínica para eliminar células cancerígenas remanescentes da tireóide ávidas por iodo, bem como suas metástases. No presente estudo, são relatados dois casos de CDT metastáticos com tireoidectomia total seguida de ablação com altas doses de I-131. Revisões da literatura sugerem que a dose cumulativa considerada segura da terapia com I-131 é de até 600mCi, sendo que, em dosagens maiores que 800mCi, há um elevado risco de desenvolvimento de leucemia, classificada como um efeito a longo prazo, além de outros efeitos colaterais a curto prazo como depressão hematológica, sialadenite aguda e náuseas. Em ambos os casos foram utilizados doses entre 500mCi e 600mCi, com ótima efetividade, sem queixas clínicas ou complicações, resultando na regressão da doença. Este relato evidencia a eficácia do uso de altas doses de I-131 no CDT com metástases a distância, sem a ocorrência de reações adversas. O uso de altas doses também se mostrou interessante por serem necessárias menos sessões, reduzindo portanto o efeito cumulativo total quando comparado aos pacientes que receberam inicialmente baixas doses, culminando assim, em uma melhora na qualidade de vida dos pacientes.

**PALAVRAS-CHAVE:** Câncer diferenciado de tireóide; Metastases; Lodoterapia



## TP47 - ASSOCIAÇÃO ENTRE CARCINOMA POUCO DIFERENCIADO DE TIREOIDE E RADIOTERAPIA: RELATO DE CASO

Silva MC<sup>1</sup>; Ronsoni MF<sup>1</sup>; Colombo G<sup>1</sup>; Hohl A<sup>1</sup>; Canalli MHBS<sup>1</sup>; Coral MHC<sup>1</sup>;  
1 - UFSC;

**Introdução:** A tireoide é um dos órgãos sólidos mais afetados por neoplasias após radioterapia, sendo 90% delas carcinoma (CA) papilífero. Ainda são poucos os dados na literatura sobre sua prevalência e seu comportamento. **Relato do Caso:** Feminina, 21 anos, procurou oncologista devido à nodulação supraclavicular direita em 2006. História de radioterapia devido à Leucemia Linfocítica Aguda na infância. Biópsia excisional de linfonodo (LNF) supraclavicular direito: metástase de CA papilífero da tireoide com transformação cística e inúmeras microcalcificações psamomatosas. Indicou-se tireoidectomia total (TT) com esvaziamento cervical bilateral. **Anatomopatológico (AP):** CA papilífero variante clássica e sólido de tireoide, parcialmente encapsulado, multifocal, comprometendo 60% do parênquima, com extensão para partes moles e comprometendo margem cirúrgica, focos de invasão vascular, metástase em 7 dos 31 LNF isolados (T4aN1bM0), áreas de tireoidite linfocítica crônica, com focos de carcinoma pouco diferenciado (imuno-histoquímica: Tireoglobulina e TTF-1 positivos; Calcitonina, Cromogranina A e Enolase negativos). Realizada dose terapêutica de 200 mCi de iodo 131. Após 18 meses, surgimento de linfonodomegalia cervical à esquerda (Citologia: metástase de CA papilífero). Novo esvaziamento cervical esquerdo. **AP:** infiltração por carcinoma pouco diferenciado em 7 dos 27 LNF (maior 1,7cm), presença de inclusões nucleares que sugerem CA papilífero variante oxifílica, TTF-1, Antígeno de proliferação celular (K167) positivos; Calcitonina e Tireoglobulina inconclusivos. Realizou-se nova dose terapêutica de 200mCi de iodo 131. Comparece ao endocrinologista quatro anos após TT, com imagem em região supraclavicular direita sugestiva de linfonodo com necrose central (citologia inconclusiva). Durante todo o seguimento, apresentou tireoglobulina negativa e altos títulos de antitireoglobulina. **Discussão:** A literatura é discrepante quanto ao comportamento do CA papilífero de tireoide secundário à radioterapia. Alguns sugerem um maior grau de desdiferenciação e agressividade nestes casos. Dados sobre o seguimento de pacientes com segunda neoplasia após radioterapia são escassos, mas tendem a aumentar em decorrência aos avanços dos tratamentos oncológicos e a maior sobrevida destes pacientes.

**PALAVRAS-CHAVE:** Carcinoma de Tireoide; Radioterapia; Desdiferenciação



## TP48 - AVALIAÇÃO DE FATORES PREDISPONETES À FALHA TERAPÊUTICA E MÁ ADESÃO AO TRATAMENTO DO HIPOTIREOIDISMO PRIMÁRIO

PEREZ CLS<sup>1</sup>; FIGHERA TM<sup>1</sup>; MIAZAKI FY<sup>1</sup>; MESA JR CO<sup>1</sup>; GRAF H<sup>1</sup>; CARVALHO GA<sup>1</sup>;

1 - SEMPR - UFPR;

**INTRODUÇÃO:** Muitos pacientes com hipotireoidismo primário (HP) mantêm níveis elevados de TSH, mesmo com a prescrição de doses apropriadas de levotiroxina. A baixa adesão ao tratamento é considerada a causa mais importante de falha terapêutica. **OBJETIVOS:** Avaliar pacientes portadores de HP e correlacionar seus níveis de TSH com fatores predisponentes a falência terapêutica no tratamento com levotiroxina. **MÉTODOS:** Foram avaliados 398 pacientes com HP (idade média  $51,2 \pm 14,5$  anos; 90,2% sexo feminino) através de entrevista e dosagens de TSH e T4 livre. Os pacientes foram divididos em 2 grupos: controle (TSH entre 0,5 e 3,5 mUi/L) com N=274 e grupo fora do alvo de tratamento (TSH  $\geq 3,5$  mUi/L) com N=124. **RESULTADOS:** Os 398 pacientes estudados estavam em tratamento com levotiroxina (dose média  $102,2 \pm 49,9$  mcg/dia), com follow-up médio de  $81,6 \pm 76,6$  meses. O grupo controle apresentou TSH médio  $1,62 \pm 0,88$  mUi/L; o grupo fora do alvo TSH  $12,70 \pm 19,65$  mUi/L. Como possível fator predisponente a HP não controlado, o único identificado foi menor renda per capita familiar (renda média R\$ 595,32 nos controles e R\$ 487,79 no grupo com TSH alto;  $p < 0,006$ ). No grupo controle, 8,4% dos pacientes tinham renda per capita mensal menor que R\$ 215,00 versus 17,7% dos pacientes com TSH alto ( $p < 0,006$ ). Outros fatores avaliados, não mostraram associação com doença controlada: presença de comorbidades, escolaridade, uso correto da levotiroxina em jejum e pelo menos 30 minutos distante de outras medicações. A maioria dos pacientes relatou ter sido orientado sobre o uso correto da levotiroxina em jejum (96,2%), diariamente (97,7%) e de forma contínua (86,4%), sem diferença entre os grupos. Muitos pacientes (52%) têm acesso gratuito a levotiroxina no sistema público, mas 20,6% afirmaram ter interrompido o tratamento em algum momento por não ter condições financeiras para obter a levotiroxina. Nenhum destes fatores, porém foi determinante no controle do hipotireoidismo. **CONCLUSÃO:** Neste estudo, o único fator predisponente ao mau controle do HP foi baixa renda. Outros supostos fatores de má aderência como baixa escolaridade, uso incorreto da levotiroxina, falta de orientações médicas e dificuldade financeira para obter a medicação não foram comprovados.

**PALAVRAS-CHAVE:** Hipotireoidismo; Tratamento; Adesão





## TP49 - CARCINOMA ANAPLÁSICO DE TIREOIDE: RELATO DE CASO COM SEGUIMENTO DE DEZENOVE MESES

Correa CG<sup>1</sup>; Ronsoni MF<sup>1</sup>; Silva MC<sup>1</sup>; Canalli MHBS<sup>1</sup>; Colombo G<sup>1</sup>; Coral MHC<sup>1</sup>; Hohl A<sup>1</sup>; Kowalski ME<sup>1</sup>; 1 - UFSC;

**Introdução:** O carcinoma anaplásico da tireoide representa 1 a 2 % de todas as neoplasias malignas da glândula. Mais comum em idosos, com ligeiro predomínio pelo sexo feminino. Incidência aumentada em áreas deficientes em iodo. Possuem proliferação muito rápida, invadindo estruturas adjacentes. É o tumor mais agressivo da tireoide, com média de sobrevida de seis meses após o diagnóstico. **Relato do Caso:** Paciente masculino, 53 anos, com história de aumento do volume cervical, com evolução de cerca de um ano. Ultrassonografia cervical evidenciou aumento do volume da tireóide à custa de lobo direito onde se identificaram múltiplos nódulos sólidos, com aspecto de bócio multinodular. Punção aspirativa com agulha fina demonstrou neoplasia maligna indiferenciada. Submetido à tireoidectomia total em setembro de 2009. Anatomopatológico: carcinoma anaplásico de tireoide com extensão extratireoideana, com quadro morfológico e imuno-histoquímico de carcinoma anaplásico, variante sarcomatóide. Encaminhado para acompanhamento oncológico, sendo realizado tratamento quimioterápico com taxol e doxorubicina e quatro sessões de radioterapia. Apresenta boa evolução clínica, em uso de levotiroxina 150 µg/dia. Estadiamento clínico pós-cirúrgico sistemático não evidencia lesão persistente ou recidiva local. **Discussão:** Frente ao aumento da detecção de nódulos tireoidianos com o avanço dos exames de imagem, temos evidenciado um crescente número de pacientes com diagnóstico de neoplasia tireoideana. Embora raro, o carcinoma anaplásico deve sempre ser incluído no diagnóstico diferencial de nódulos com crescimento rápido, embora no nosso caso, o crescimento ocorreu de uma forma mais lenta que o usual. Mesmo que a literatura relate sobrevida limitada, o paciente deste caso se encontra com sobrevida livre de doença de 19 meses e, principalmente, com boa qualidade de vida. Questiona-se um subtipo tumoral de carcinoma anaplásico de melhor prognóstico.

**PALAVRAS-CHAVE:** Carcinoma Anaplásico; Tireóide; Sobrevida



## TP50 - CARCINOMAS PAPILÍFERO E ESPINOCELULAR DE TIREÓIDE – COLISÃO DE TUMORES: RELATO DE CASO

Damazio, DCD<sup>1</sup>; Laureano, J<sup>1</sup>; Canela, PLA<sup>1</sup>; Ronchi, Daniel Izé<sup>1</sup>; Leite, RP<sup>2</sup>;  
1 - UNESC; 2 - UNACON;

**Introdução:** Câncer de tireóide é a doença endócrina maligna mais comum. Nas últimas três décadas observou-se aumento mundial da incidência dos tipos diferenciados, principalmente tumores pequenos e localizados. O carcinoma papilar corresponde em torno de 85% destes casos, geralmente entre 25-50 anos, relação com exposição prévia a radiação, cursando com disfagia, tosse e dispneia num estágio avançado, porém apresenta boa sobrevida apesar do pior prognóstico em pacientes acima de 50 anos. Carcinoma espinocelular, por outro lado, é uma condição rara devido à ausência de epitélio escamoso na tireóide, sendo diagnosticado através da identificação das células tumorais com diferenciação escamosa, com prognóstico reservado. **Objetivo:** Relatar um caso de carcinoma papilífero e carcinoma espinocelular concomitantes em tireóide. **Metodologia:** Relato de caso. **Resultados:** F.J.R., 66 anos, hipertenso, procura atendimento médico após observar nodulação em pescoço concomitante com episódios de disфонia, sem demais queixas. Ao exame físico observa-se nódulo com aproximadamente 3cm em lobo esquerdo à palpação da tireóide, sem linfonodomegalia. Laringoscopia sem alterações. Exames clínico e laboratorial indicando eutireoidismo. Solicitado ultrassonografia cervical evidenciando lesão nodular heterogênea predominantemente hipoecogênica em lobo esquerdo medindo 2,9x2,2x1,7cm com halo hipoecogênico, demais parâmetros normais. Realizada punção do nódulo indicando lesão papilífera. Procedeu-se, então, tireoidectomia total, sem necessitar de esvaziamento ganglionar cervical. O exame anatomopatológico da peça indicou colisão de tumores, com carcinoma papilífero de tireóide e carcinoma espinocelular invasivo, estadiamento(TNM 2002) pT2pNxpmx. Fez-se complemento com iodoterapia e iniciou-se tratamento hormonal, mantendo resposta satisfatória com acompanhamento clínico e laboratorial periódicos há 1,6 anos. **Conclusão:** Apesar da freqüente identificação de carcinoma papilífero de tireóide, sua concomitância com carcinoma espinocelular é rara visto que este corresponde a cerca de 1% das neoplasias primárias de tireóide, geralmente apresentando agressividade clínica. Relatamos um caso de colisão de tumores com identificação de ambos os tipos de carcinoma, com clínica pobre porém compatível com os possíveis achados destas patologias. A faixa-etária além do padrão esperado é indicativo de pior prognóstico para ambos os tumores. Os demais achados anatomopatológicos e investigação clínica e de imagem, porém, não indicaram comportamento invasivo, apresentando também boa resposta ao tratamento cirúrgico e clínico hormonal, sendo favoráveis a um melhor prognóstico.

**PALAVRAS-CHAVE:** Carcinoma Espinocelular; Tireóide; Colisão de Tumores



## TP51 - CORRELAÇÃO ENTRE SINTOMAS E NÍVEIS SÉRICOS DE TSH EM PACIENTES EM TRATAMENTO COM LEVOTIROXINA PARA HIPOTIREOIDISMO PRIMÁRIO

PEREZ, CLS<sup>1</sup>; FIGHERA, TM<sup>2</sup>; MESA JR, CO<sup>2</sup>; MIASAKI, FY<sup>2</sup>; VAISMAN, M<sup>3</sup>; GRAF, H<sup>2</sup>; CARVALHO, GA<sup>2</sup>;  
1 - SEMPR - SERVIÇO DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANA; 2 - SEMPR; 3 - UFRJ;

No tratamento do hipotireoidismo primário (HP), o TSH sérico é utilizado como principal parâmetro para reposição adequada de levotiroxina. Porém, depois de alcançado o TSH alvo, muitos pacientes seguem sintomáticos. OBJETIVOS: Avaliar a presença de sintomas em pacientes tratados com levotiroxina por HP e correlacionar com os níveis de TSH. MÉTODOS: Foram avaliados 458 pacientes com HP (idade média 51,2 ± 14,5 anos; 90,2% sexo feminino) através de entrevista, TSH e T4 livre. Dezoito pacientes foram excluídos por apresentarem hipotireoidismo central. Para correlacionar os sintomas de hipotireoidismo com os níveis de TSH, pacientes foram divididos em 2 grupos: controle (TSH entre 0,5 e 3,5 mUi/L - N=274) e grupo fora do alvo de tratamento (TSH ≥ 3,5 mUi/L - N=124). RESULTADOS: Ao final, foram avaliados 440 pacientes, em tratamento com LT4 (dose média 102,2±49,9 mcg/dia). Os valores de TSH foram 4,6±11,6 mUi/L e T4 livre 1,27±0,29 ng/dl. Dos 15 sintomas avaliados, em média cada paciente relatou apresentar 5,3±3,1 sintomas. O número de sintomas relatados foi discretamente maior no grupo com TSH alto (5,7 x 4,8 sintomas, p=0.013). A frequência de sintomas foi maior no grupo com TSH ≥ 3,5 mUi/L versus grupo com TSH no alvo quanto a: cansaço [71,8% x 58%, RR1,24 (IC95% 1,07-1,44)], constipação [39,5% x 29,2%, RR1,35 (IC95% 1,01-1,8)] e tontura [57,3% x 43,4%, RR1,31 (IC95% 1,07-1,61)]. Houve diferença entre os grupos nos sintomas intolerância ao frio [22,6 x 13,9% RR1,62 (1,04-2,52)] e sintomas depressivos [37,9 x 24,5 RR1,55 (1,14-2,1)], apenas quando o paciente relatava sintomas de forte intensidade. Não houve diferença significativa (p>0,05) entre os grupos quanto à presença de queda de cabelo, ganho de peso, pele seca, unhas fracas, rouquidão, diminuição de memória e dificuldade de concentração. CONCLUSÃO: Em alguns casos, a persistência de sintomas após tratamento com levotiroxina indica, complementarmente ao TSH, que a terapia de reposição está inadequada. Neste estudo, os sintomas que se relacionaram com TSH acima do alvo terapêutico foram astenia, constipação, tontura, intolerância ao frio e depressão. Porém, mesmo pacientes com TSH dentro do alvo, alguns sintomas da doença permanecem, indicando que outros fatores, como doenças associadas, devem ser avaliados.

PALAVRAS-CHAVE: Hipotireoidismo; Tratamento; Sintomas



## TP52 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOENÇA DE PAGET E METÁSTASE DE CARCINOMA PAPILÍFERO DE TIREOIDE: RELATO DE CASO

Silva MC<sup>1</sup>; Heiden GI<sup>1</sup>; Vasconcelos VMF<sup>2</sup>; Ronsoni MF<sup>1</sup>; Colombo G<sup>1</sup>; Canalli MHBS<sup>1</sup>; Coral MHC<sup>1</sup>; Hohl A<sup>1</sup>;

1 - UFSC; 2 - HGCR;

**Introdução:** Doença de Paget (DP) em geral é assintomática e diagnosticada ao acaso. A pelve é frequentemente acometida nesta doença, assim como nas metástases ósseas (MO) de carcinomas de tireoide (conforme literatura, menor apenas que coluna vertebral). A cintilografia óssea (CO) possui quase 100% sensibilidade no diagnóstico de DP e torna-se útil nos pacientes com fosfatase alcalina normal, porém não diferencia de MO. **Relato do Caso:** Feminina, 50 anos, diagnóstico citológico de carcinoma papilífero (CP) de tireoide com metástase linfonodal em 2007. Tireoidectomia Total com esvaziamento cervical bilateral. Anatomopatológico: CP multifocal, maioria dos linfonodos acometidos (T3N1bMx). Exames pós-operatórios: TSH 0,46 µU/ml (Valor de referência [VR] 0,4 a 4,0), tireoglobulina (TG) 152 ng/ml (VR<55) e anti-tireoglobulina (ANTITG) 170 IU/ml (VR<40). Realizado Iodo131 200 mCi. Pesquisa de corpo inteiro (PCI) terapêutica: captação na topografia de tireoide. TG e ANTITG elevadas mesmo com TSH suprimido. Ultrassom cervical e Tomografia computadorizada (TC) de tórax: normais. PCI diagnóstica (2009): ausência de captação. Manifestou queixas de dor em quadril à esquerda e joelho direito. CO: lesão hipercaptante em quadril esquerdo e fêmur direito distal sugerindo metástase. Nova dose de I131 350 mCi. Manteve TG e ANTITG elevadas e dor óssea leve. Nova CO: reação osteogênica em quadril esquerdo e fêmur direito distal sugestiva de MO ou DP. TC cervical: múltiplos linfonodos submandibulares <1 cm. TC de tórax, abdome e crânio: normais. TC de pelve: alteração da arquitetura óssea em íleo e ísquio esquerdos, espessamento cortical e trabeculado ósseo grosseiro compatível com DP. O serviço de reumatologia avaliou e concordou com o diagnóstico de DP, apesar de fosfatase alcalina total de 122 U/l (VR 65 a 300) e isoenzima da fosfatase alcalina de 41% (predominância de isoenzima hepática ou intestinal). Pela persistência da TG elevada e investigação de MO inconclusiva, aguarda realização de PET SCAN. **Discussão:** O diagnóstico diferencial entre Doença de Paget e metástases ósseas é difícil de se estabelecer por cintilografia óssea. Estas devem ser interpretadas com cautela nos pacientes com história de carcinoma diferenciado de tireoide, pois podem apresentar resultados falso-positivos para metástases. Nesses casos, a TC se torna útil na diferenciação.

**PALAVRAS-CHAVE:** Doença de Paget; Metástases ósseas; Carcinoma Papilífero de Tireóide



## TP53 - EFEITOS DOS HORMÔNIOS TIREOIDIANOS NA ATIVIDADE E DISTRIBUIÇÃO SUBCELULAR DA HEXOCINASE EM TECIDOS DE ROEDORES

Peçanha, FLM<sup>1</sup>; dos Santos RS<sup>1</sup>; Trevenzoli IH<sup>1</sup>; da Silva WS<sup>1</sup>;  
1 - UFRJ;

Os hormônios tireoidianos, T3 e T4, são muito importantes no metabolismo do nosso organismo, participando da regulação do gasto energético. A hexocinase (HK) é uma enzima importante no consumo da glicose, sendo responsável pela primeira etapa da via, catalisando a conversão de glicose em glicose 6-fosfato. Nossos resultados, em camundongos, mostraram um aumento da atividade da hexocinase mitocondrial (HKmit) em músculo solear, gastrocnêmio e cardíaco de animais hipertireoideos. O objetivo do nosso trabalho foi investigar se o mesmo ocorre em ratos e possíveis mecanismos envolvidos na regulação da enzima. Ratos machos wistar foram divididos em 3 grupos e tratados como descrito a seguir: hipotireoideo – receberam 0,03% (g/v) de metimazol na água de beber durante 21 dias; hipertireoideo – injeções (ip) 0,1 µg T4/g de massa corporal durante 10 dias; eutireoideo – veículo. Em ratos, observamos um aumento da razão entre a massa cardíaca e a massa corporal no grupo hipertireoideo, assim como um aumento nos níveis séricos de T4. Além disso, foi visto um aumento da atividade da HKmit no músculo solear e coração, como descrito em camundongos. No músculo gastrocnêmio não foi possível detectar a atividade da HKmit em nenhum dos grupos analisados. Ensaio do efeito direto do T3 na HK mostraram que ele não é capaz de alterar a atividade da enzima. Por outro lado, não foi observado nenhuma alteração dos níveis de expressão da HKmit após o tratamento, sugerindo um mecanismo de regulação pós-traducional da HK.

PALAVRAS-CHAVE: Hormônios Tireoidianos; Hexocinase; Mitocôndria



## TP54 - HIPOTIREOIDISMO REFRACTÁRIO A ALTAS DOSES DE LEVOTIROXINA E DOENÇA CELÍACA: RELATO DE CASO

Bagenstoss R<sup>1</sup>; Souza BV<sup>1</sup>; Araújo LA<sup>1</sup>; Rodrigues GS<sup>1</sup>; Kohara SK<sup>1</sup>; Folda SM<sup>2</sup>; Santos N<sup>2</sup>; Bernardi GC<sup>2</sup>; Reali RM<sup>2</sup>; Souza MM<sup>2</sup>; Oliveira DB<sup>2</sup>; Chicota CMM<sup>2</sup>;

1 - IEJE-CAD; 2 - Univille;

Introdução: O hipotireoidismo é uma doença que acomete 5% da população mundial, principalmente mulheres. Sem o tratamento correto, a doença cursa com desfechos graves. A associação entre hipotireoidismo e doença celíaca não tratada ou não diagnosticada é uma das causas de tratamento inadequado dessa patologia. O presente relato de caso discute a história de uma paciente com hipotireoidismo refratário a altas doses de levotiroxina e crises diarréicas há 10 anos, devido a doença celíaca não diagnosticada. SMJS, feminino, 45 anos. Em janeiro de 2008, foi constatado microcarcinoma papilífero padrão folicular latente no lobo direito da tireóide. Exames laboratoriais da anti peroxidase e antitireoglobulina foram positivos. Desde então, passou a fazer uso de Puran@ 150mcg e realizou-se tireoidectomia radical e radioiodoterapia. Do período de 2008 a 2010, os níveis de TSH permaneceram elevados (variando de 37 até 123), apesar do tratamento com doses crescentes de Puran@ (150-300mcg) e/ou Synthroid@ (250-400mcg). Simultaneamente, apresentava diarréia crônica há 10 anos sem diagnóstico. Em fevereiro de 2010, em retorno ao consultório, a paciente apresentava edema, além dos sintomas anteriormente descritos. Motivo pelo qual aumentou-se a dose de Synthroid para 400 mcg. Em setembro, evoluiu para um quadro de edema generalizado, crises diarréicas e TSH=123, resultando em internação hospitalar. Pelo fato de não obter resposta pela via oral, foi realizado tratamento com supositório de T4 e T4 sublingual. Neste período, constatou-se doença celíaca, uma vez que a paciente apresentou melhora com dieta restritiva ao glúten. Após as medidas terapêuticas adotadas, obteve-se TSH= 0.23. Atualmente a paciente permanece estável com exames normais (último TSH= 0,53), em uso de Levoid@ 200mcg sublingual e realizando dieta restritiva ao glúten. Conclusão: Sendo a doença celíaca do adulto uma doença subdiagnosticada ou diagnosticada tardiamente nos pacientes adultos e ou idosos com desordens autoimunes da tireóide, sugerimos a realização de screening para doença celíaca nesse grupo de pacientes.



## TP55 - IDENTIFICAÇÃO DA ACURÁCIA DIAGNÓSTICA ENTRE A PUNÇÃO ASPIRATIVA POR AGULHA FINA – PAAF E O EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DE TIREÓIDE

Bordin, Vanessa <sup>1</sup>; Oliveira, Saimon S <sup>2</sup>; Menegassi, Jerse <sup>3</sup>;

1 - Acadêmica do 7º período do curso de graduação em Medicina UNOCHAPECÓ ; 2 - Acadêmico do 7º período do curso de graduação em Medicina UNOCHAPECÓ; 3 - Docente titular do curso de graduação em Medicina UNOCHAPECÓ, Médico patologista;

**Introdução:** Atualmente a punção aspirativa por agulha fina (PAAF) se estabelece como um procedimento valioso para avaliação inicial e distinção de lesões benignas e malignas de nódulos da tireóide, constituindo-se como método diagnóstico que apresenta boa relação custo-benefício e segurança, visto que pode evitar a indicação de cirurgias desnecessárias da tireóide. Apesar das vantagens do procedimento, os resultados podem sofrer variações, pois dependem da análise do patologista e da habilidade em coletar amostras adequadas. **Objetivo:** Verificar a acurácia diagnóstica entre a PAAF e o exame anatomopatológico de nódulos tireoidianos, realizados em um serviço de referência em diagnósticos de patologia na cidade de Chapecó, Santa Catarina. **Métodos:** Estudo retrospectivo realizado em um serviço de referência em diagnósticos de patologia em Chapecó, Santa Catarina. Participaram do estudo todos os pacientes que realizaram PAAF e exame anatomopatológico no período de 1º de janeiro de 2005 a 31 de dezembro de 2010. **Resultados:** Foram realizadas 1172 punções no período referido, sendo avaliados, ao total, 265 pacientes que realizaram tanto a PAAF quanto o exame anatomopatológico. Houve predominância de mulheres (85%), as idades variaram de 02 aos 83 anos, com uma média de 47,75 anos de idade (DP = 14,93 anos). Nos exames citopatológicos foi diagnosticado: benignidade em 43,77% dos casos, suspeito de malignidade em 23,77% , neoplasia folicular em 25,28%, lesão atípica de significado indeterminado em 1,51% e a amostra foi insatisfatória em 1,51%. No anatomopatológico os diagnósticos foram: bócio colóide (38,87%), adenoma folicular (22,64%), carcinoma papilar clássico (18,87%), carcinoma folicular e carcinoma papilar variante folicular (3,40% cada), carcinoma medular (2,64%), tireoidites e parênquima normal (2,26% cada), outro tipos de carcinoma papilar e hiperplasia (1,51% cada), adenoma de Hurtle (1,13%), carcinoma pouco diferenciado e carcinoma anaplásico (0,75% cada). Nas amostras consideradas satisfatórias (n=261), verificou-se que a acurácia diagnóstica foi de 89,66%, sensibilidade 82,14%, especificidade 93,22%, valor preditivo negativo 91,67% e valor preditivo positivo 75,19%. **Conclusão:** Os resultados obtidos neste estudo indicam que a PAAF proporciona uma boa predição de patologia maligna da tireóide. Sendo um meio confiável e efetivo para diagnóstico e indicação cirúrgica.

**PALAVRAS-CHAVE:** Acurácia diagnóstica; PAAF; Nódulo da tireóide.



## TP56 - LEUCEMIA MIELÓIDE AGUDA APÓS TERAPIA COM BAIXA DOSAGEM DE RADIOIODO PARA TRATAMENTO DE DOENÇA DE GRAVES: RELATO DE CASO

Bgggenstoss R <sup>1</sup>; Souza BV <sup>1</sup>; Araújo LA <sup>2</sup>; Rodrigues GS <sup>2</sup>; Kohara SK <sup>2</sup>; Chicota CMM <sup>3</sup>; Souza MM <sup>3</sup>; OLIVEIRA DB <sup>3</sup>; Folda SM <sup>3</sup>; Santos N <sup>3</sup>; Bernardi GC <sup>3</sup>;

1 - IEJE-CAD; 2 - IEJE- CAD; 3 - UNIVILLE;

Introdução: Um dos tratamentos para o hipertireoidismo por doença de graves é a ablação com baixas dosagens de Iodo131. Pela ascensão do uso deste procedimento, alguns estudos objetivam a análise de sua segurança, sendo descritos na literatura casos raros de leucemia após radioiodo terapia. Relato de Caso: DRS, feminino, 17 anos, solteira. Vem ao consultório por alteração de TSH, queixando-se de tremores, astenia e ansiedade. Ao exame físico bom estado geral, taquicárdica, normotensa, eupneica, ausculta cardiopulmonar normal, presença de bócio e tremores de extremidades. Os exames laboratoriais evidenciaram T4 livre de 4,42 ng/dl; TSH 0,01 mUI/L e anti-TPO de 819. Fez-se diagnóstico de doença de Graves, sendo indicada radioiodoterapia, na dose de 12 mCi. Retornou 4 meses depois com evolução clássica para hipotireoidismo por evidências clínicas e laboratoriais, sendo prescrito levotiroxina 100 mcg/dia. Manteve-se acompanhamento de dois em dois meses com controle TSH e T4 livre para ajuste de dose e hemograma, o qual se manteve normal até 1 ano após aplicação de iodo131. Porém após este período, retornou queixando-se de astenia, com um hemograma evidenciando leucopenia de 1.750/mm<sup>3</sup>, plaquetopenia de 107.000/mm<sup>3</sup> e série vermelha normal; TSH e T4 livre normais. Foi encaminhada para hematologista, que fez diagnóstico de leucemia mielóide aguda (LMA) subtipo M3, indicando quimioterapia por 5 anos com metotrexato, mercaptopurina e ácido transretinóico . Atualmente a paciente encontra-se estável e sem tratamento. Discussão: Atualmente há a preocupação quanto ao potencial carcinogênico do iodo radioativo. As leucemias são complicações raras associadas a esta terapia. A maior parte dos casos ocorre na utilização de dosagens superiores à 800mci, sendo que existem muito poucos casos com dosagens inferiores à 100mci, como neste relato. Focosi et al apresentou uma paciente com LMA 12 anos após radioiodo terapia com 90mci. De maneira mais impactante, Kolade et al publicou um caso de leucemia após uma dosagem de apenas 22,1mci e Laurenti et al descreveu outro caso de LMA após 23mci. Em congruência às citações anteriores, esta paciente parece ter apresentado um quadro de LMA associada ao uso de baixa dose de iodo131 para tratamento de doença de graves, complicação raríssima deste procedimento.





## TP57 - METÁSTASE TIREOIDIANA DE CARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS – SEGUIMENTO DE 9 ANOS: RELATO DE CASO

Ronsoni MF<sup>1</sup>; Silva MC<sup>1</sup>; Coral MHC<sup>1</sup>; Hohl A<sup>1</sup>;  
1 - UFSC;

**Introdução:** Nódulos tireoidianos (NT) são extremamente comuns em mulheres. Em um estudo populacional, NT foram evidenciados em 6,4% das mulheres. Neoplasias renais, especialmente o carcinoma de células claras, possuem um curso clínico imprevisível, com potencial para metástases em diversos tecidos, porém, para tireoide é raro. A média de sobrevida da neoplasia renal estágio IV é descrita de cerca de 16 a 20 meses e a taxa de sobrevida em cinco anos é menor que 10% quando há metástases à distância. **Relato do caso:** Feminina, 68 anos, quadro de aumento volume cervical assintomático em maio de 2001. História prévia de nefrectomia esquerda por carcinoma de células claras, em maio 1995. Exame físico: tireoide assimétrica, lobo esquerdo maior que direito, dolorosa à palpação, endurecida, superfície irregular. TSH 1.68  $\mu\text{UI/mL}$  (valor de referência [VR] 0.35 a 5.5), T4 livre 1.2 ng/dL (VR 0.89 a 1.76), Anticorpo Anti-tireoperoxidase negativo. RX tórax: desvio da traqueia para a direita. Ultrassonografia cervical: bócio mergulhante. Punções aspirativas com agulha fina: primeira bócio colóide e segunda com aspecto citológico de lesão folicular. Tireoidectomia total em agosto de 2002. Anatomopatológico: carcinoma de células claras em dois nódulos do lobo esquerdo (maior de 4.0 x 4.0 x 3.5 cm e menor de 3.5 x 2.5 x 2.0 cm) e tireoidite linfocítica adjacente. Imuno-histoquímica: CD 10 positivo e tireoglobulina negativa. Rastreamento não evidenciou outras lesões metastáticas ou recidiva local da neoplasia primária. Atualmente, em seguimento oncológico e endocrinológico, sem evidências de persistência ou recidiva tumoral. Em uso: levotiroxina 100 mcg/dia, cálcio e estatina. Densitometria óssea normal, TSH 0.58  $\mu\text{UI/mL}$  (VR 0.35 a 5.5), T4 livre 1.36 ng/dL (VR 0.89 a 1.76). **Discussão:** Implante metastático tireoidiano é uma condição rara, entretanto, deve ser incluída no diagnóstico diferencial de NT, principalmente nos pacientes que possuem história prévia de malignidade. O avanço das técnicas de imuno-histoquímica tem facilitado essa detecção. Embora, tendo como base a etiologia e o prognóstico das neoplasias renais metastáticas, a paciente teve um bom seguimento clínico com sobrevida livre de doença de 9 anos até o momento.

**PALAVRAS-CHAVE:** Tireoide; Metastase; Células Claras



## TP58 - PARALISIA PERIÓDICA HIPOCALÊMICA TIREOTÓXICA: RELATO DE CASO

Ribeiro AV<sup>1</sup>; Piva AKC<sup>1</sup>; Netto JHA<sup>1</sup>; Belanda, AC<sup>1</sup>;

1 - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE;

Paralisia Periódica Hipocalêmica Tireotóxica (PPHT) é uma complicação rara do hipertireoidismo, caracterizada por ataques agudos de fraqueza muscular, hipocalcemia e tireotoxicose (Silva MRD, Arq Bras Endocrinol Metab, vol.48, n.1, 2004) que desaparece com o tratamento do hipertireoidismo. Considerada emergência médica, a PPHT, pode trazer risco a vida. Descrita em pacientes asiáticos (Okinaka SJ, Endocrinol Clin Metab, vol. 17, p. 1454-9, 1957) acomete principalmente o sexo masculino entre os 20 e 40 anos de idade. As crises de paralisia são transitórias, autolimitadas e associadas com hipocalcemia. Como quadro clínico, a maioria dos pacientes apresenta taquicardia, perda de peso, oftalmopatia, bócio e tremores. Os ataques ocorreram, em sua maioria, durante a noite e apresentam recuperação espontânea, apesar de alguns pacientes evoluírem para quadriplegia e arritmias cardíacas. Laboratorialmente, apresentam TSH suprimido, T4 elevado e anticorpos positivos, indicando etiologia autoimune. O potássio encontra-se baixo na quase totalidade dos casos durante a crise. Relatamos o caso de um paciente de 19 anos, sexo masculino, com quadro de paralisia nos membros inferiores e que já havia realizado tratamento no ano de 2009 para hipertireoidismo por um período de 6 meses porém interrompeu posteriormente. Evoluiu com piora do quadro com dificuldade de mobilização articular e com queixa de parestesia que aumentou gradativamente durante 48 horas até tetraplegia. A normalização clínica e laboratorial da função tireoidiana foi atingida com tratamento adequado para a crise tireotóxica, com melhora total dos sintomas caracterizando o diagnóstico PPHT secundária à Doença de Graves. Concluímos assim, que a PPHT, é a causa mais comum tratável de paralisia periódica adquirida e deve ser lembrada em casos de fraqueza muscular em pacientes jovens.

**PALAVRAS-CHAVE:** Hipocalcemia; Hipertireoidismo; Paralisia



## TP59 - PRESENÇA DE SINTOMAS EM PACIENTES COM HIPOTIREOIDISMO PRIMÁRIO TRATADOS COM LEVOTIROXINA SE RELACIONA COM OUTROS FATORES ALÉM DOS NÍVEIS DE TSH

PEREZ CLS<sup>1</sup>; FIGHERA TM<sup>1</sup>; MIAZAKI FY<sup>1</sup>; MESA JR CO<sup>1</sup>; GRAF H<sup>1</sup>; CARVALHO GA<sup>1</sup>;  
1 - SEMPR - UFPR;

**INTRODUÇÃO:** Muitos pacientes com hipotireoidismo primário (HP), recebendo doses adequadas de levotiroxina, ainda apresentam sintomas típicos da doença, mesmo com níveis adequados de TSH. **OBJETIVOS:** Avaliar a presença de sintomas em pacientes tratados com levotiroxina por HP e identificar possíveis fatores relacionados a persistência dos sintomas, além dos níveis de TSH. **MÉTODOS:** Foram avaliados 440 pacientes portadores de HP (idade média  $51,2 \pm 14,5$  anos; 90,2% sexo feminino) através de entrevista e dosagens de TSH e T4 livre. Os pacientes foram questionados sobre a presença de 15 sintomas de hipotireoidismo. Pacientes que relataram 5 sintomas ou menos foram usados como controle (N=239) e pacientes que relataram 6 ou mais sintomas, foram considerados sintomáticos (N=201). **RESULTADOS:** Os pacientes estudados estavam em tratamento com levotiroxina (dose média  $102,2 \pm 49,9$  mcg/dia), com follow-up médio de  $81,6 \pm 76,6$  meses. O grupo controle apresentou TSH médio de  $3,74 \pm 8,28$  mUi/L e o grupo sintomático  $5,63 \pm 14,55$  mUi/L ( $p = 0,087$ ). Os pacientes sintomáticos têm uma percepção mais pessimista sobre sua saúde: 68,7% consideram ter uma saúde regular ou péssima, enquanto isso ocorre em 38,9% dos pacientes do grupo controle ( $p < 0,001$ ). Os pacientes sintomáticos foram discretamente mais jovens ( $49,6 \pm 13,1$  anos) do que os controles ( $52,5 \pm 15,54$  anos;  $p = 0,037$ ). A frequência de mulheres foi maior no grupo sintomático (96,5% versus 84,9%,  $p < 0,001$ ). Pacientes com diagnóstico de transtorno depressivo também apresentaram mais sintomas ( $p = 0,005$ ). O grupo sintomático tinha menor renda per capita mensal familiar (R\$ 515,02) do que o grupo controle (R\$ 592,05;  $p = 0,025$ ). Não houve diferença entre os grupos quanto a grau de escolaridade e presença de comorbidades. **CONCLUSÃO:** No seguimento de paciente em tratamento com levotiroxina para HP, outros fatores além do TSH podem influenciar a persistência das queixas dos pacientes, como faixa etária, gênero, diagnóstico de depressão e renda mensal.

**PALAVRAS-CHAVE:** Sintomas; Hipotireoidismo; Tratamento



## TP60 - PREVALÊNCIA DE DISFUNÇÃO TIREOIDEANA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NA CIDADE DE ITAJAÍ - SC

Heusser K<sup>1</sup>; Santos BTF<sup>1</sup>; Badotti A<sup>1</sup>; Pelizzaro RS<sup>1</sup>; Silva LM<sup>1</sup>;  
1 - UNIVALI;

**Introdução:** Vários estudos apontam um aumento na incidência de disfunção tireoideana, mais especificamente hipotireoidismo e hipotireoidismo subclínico, com o avançar da idade. As disfunções tireoideanas em idosos determinam, muitas vezes, quadros atípicos, com manifestações confundidas como próprias da senilidade. Em função de mudanças na fisiologia tireoideana com o envelhecimento, alterações à avaliação laboratorial podem ser encontradas, sem que necessariamente reflitam quadro patológico, mas possível mecanismo adaptativo, mais especificamente no que se refere ao hipotireoidismo subclínico, com controvérsias com relação às repercussões clínicas e benefício com o tratamento. **Objetivo:** Determinar a prevalência de disfunção tireoideana em instituição para idosos. **Método:** Foram avaliadas as dosagens hormonais de TSH e T4 livre de 77 idosos (acima de 60 anos), sendo 27 homens e 50 mulheres. Foi verificada a presença de disfunção tireoideana, bem como sua frequência com relação à idade e sexo. A análise estatística foi feita através de cálculos de frequência absoluta e relativa. **Resultados:** Alterações nas dosagens de TSH e T4 livre foram observadas em 20 (26%) dos idosos, sendo que 9 deles (11,7%) são portadores de hipotireoidismo estabelecido, e 11 (14,3%) são portadores de hipotireoidismo subclínico, com comprometimento de 28% da população feminina e 22% da população masculina. Entre as mulheres, 6 (12%) são portadoras de hipotireoidismo estabelecido, e 8 (16%) são portadoras de hipotireoidismo subclínico. A prevalência entre os homens foi de 11,1% (3 casos) para hipotireoidismo estabelecido, e de 11,1% (3 casos) para hipotireoidismo subclínico, não havendo diferença de acometimento entre os sexos. Não foram identificados casos de hipertireoidismo estabelecido ou subclínico. A ocorrência de hipotireoidismo subclínico foi progressivamente maior com o passar da idade, de 7,1% entre 60-70 anos a 33,3% naqueles com mais de 90 anos. **Conclusão:** Há alta prevalência de disfunção tireoideana na população estudada com a presença de hipotireoidismo estabelecido ou hipotireoidismo subclínico em 26% dos idosos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Hipotireoidismo; Hipotireoidismo Subclínico; Idosos



## TP61 - SÍNDROME DE PENDRED: RELATO DE CASO

Camícia TG <sup>1</sup>; Michelotti CS <sup>1</sup>; Tagliari GGM <sup>1</sup>; Dornelles MD <sup>1</sup>; Dotto RS <sup>1</sup>; Nogueira LA <sup>1</sup>; Hennig IR <sup>1</sup>; Pereira WG <sup>1</sup>; Ribas CR <sup>1</sup>; Dias EC <sup>1</sup>; Medeiros MS <sup>1</sup>; Dalbosco IS <sup>1</sup>;  
1 - FURG;

**Introdução:** A Síndrome de Pendred é uma desordem hereditária recessiva, vinculada a mutações no gene localizado no cromossomo 7q, codificador de pendrina. A relação entre a pendrina e o desenvolvimento coclear e a função tireóidea não foi estabelecida. A síndrome é caracterizada pela associação entre bócio e surdez neurosensorial congênita, podendo ser responsável por mais de 10% dos casos de surdez hereditária. A maioria dos pacientes com a forma completa apresenta retardo no desenvolvimento físico, deficiência mental, bócio volumoso e hipotireoidismo. Aqueles com defeito incompleto exibem hipotireoidismo compensado ou eutireoidismo limítrofe, graças à hiperplasia tireoidiana significativa. A Síndrome de Pendred está associada à prova com cloreto positiva: há descarga de radioiodo de pelo menos 15% após administração oral de perclorato. Normalmente, fração desprezível do radioiodo total acumulado na tireóide é dispensada após sua ingestão. **Relato de caso:** Menino de dez anos de idade, negro e natural de Rio Grande. Realizava acompanhamento com neurologista e fonoaudiólogo para seguimento de hipoacusia congênita, sendo encaminhado aos sete anos e oito meses de idade ao Ambulatório de Endocrinologia para avaliação de obesidade infantil. Foram solicitados exames para investigação da função endocrinológica, evidenciando-se os seguintes resultados: Glicemia de jejum: 84; Colesterol Total: 191; HDL: 36; LDL: 119; Triglicérides: 178; TSH: 6,40; T4 livre: 0,65; T3: 1,68; Anti-TPO: 2; Anti-tireoglobulina: 1; IMC: 28. A partir das fortes evidências clínicas apresentadas, o paciente foi caracterizado como portador de Síndrome de Pendred. Não foram realizados exames moleculares para comprovação desta patologia. O paciente foi medicado com levotiroxina na ocasião, conseguindo-se o controle da função tireoidiana. **Discussão:** A Síndrome de Pendred é uma patologia de baixa incidência, porém mostra-se como um importante diagnóstico diferencial em patologias da tireóide e do aparelho auditivo. Enquanto se espera a detecção molecular da mutação, o sucesso do diagnóstico é altamente dependente do conhecimento dos critérios clínicos e sua variabilidade. No caso deste paciente não foram realizados testes genéticos devido à falta de recursos financeiros por parte da Instituição de atendimento.

**PALAVRAS-CHAVE:** Síndrome de Pendred; Surdez Neurosensorial; Hipotireoidismo



## TP62 - TUMOR POUCO DIFERENCIADO DE TIREOIDE: RELATO DE UM CASO RARO

Ronsoni MF<sup>1</sup>; Silva MC<sup>1</sup>; Canalli MHBS<sup>1</sup>; Kowalski ME<sup>1</sup>; Vieira DSC<sup>1</sup>; Nunes JC<sup>1</sup>; Colombo G<sup>1</sup>; Hohl A<sup>1</sup>; Coral MHC<sup>1</sup>;

1 - UFSC;

**Introdução:** Carcinomas de tireoide pouco diferenciados são raros. Descritos como de comportamento mais agressivo, pior prognóstico e maior mortalidade quando comparados com os carcinomas diferenciados. Este tipo de carcinoma permanece como um desafio para clínicos e patologistas. **Relato do Caso:** Feminina, 35 anos, branca, com nódulo região cervical anterior com evolução de 6 meses. Ultrassom cervical: nódulo hipoeoico, homogêneo, bem delimitado, no istmo, se estendendo para o lobo esquerdo, 3.6 x 2.6 x 1.9 cm (volume: 9.7 cm<sup>3</sup>). Ao doppler: vascularização predominantemente periférica (Chammas tipo 3). Outro nódulo abaixo do primeiro de 1.8 x 1.2 x 1.1 cm, ambos sugestivos de bócio colóide. Punção aspirativa com agulha fina: lesão folicular. Tireoidectomia total em maio 2010. Anatomopatológico: carcinoma pouco diferenciado com células oxifílicas e matriz mucoide, localizado no istmo e lobo esquerdo (5.6 x 4.4 x 2.5 cm). Múltiplos focos microscópicos em ambos os lobos, infiltração vascular presente, extensão extratireoidiana, margens comprometidas no istmo, metástases para sete de nove linfonodos (pT4a N1b). Tireoglobulina sérica 0.91 ng/mL (Valor de referência [VR]<55), anticorpos antitireoglobulina <20 (VR<40), TSH 0.24 µIU/ml (VR 0.4 a 4.0), calcitonina <2 pg/mL (VR<5.0). Imuno-histoquímica: TTF1 positivo, tireoglobulina e calcitonina negativas, p53 focalmente positivo, CEA e p63 negativos. Menos que 5% de células neoplásicas em ciclo (MIB1/KI63). Surgimento de linfonodomegalias bilaterais, dolorosas, 30 dias após a tireoidectomia. Submetida a esvaziamento cervical bilateral com presença de metástases em diversos linfonodos examinados. **Discussão:** Associação da clínica com os resultados histológicos e imuno-histoquímicos apontam para diagnóstico de carcinoma pouco diferenciado / indiferenciado espinocelular e muco secretor, altamente agressivo do ponto de vista clínico. Infelizmente se trata de um caso de muito baixo prognóstico uma vez que este tumor não expressa tireoglobulina, não responde à radioiodoterapia e, também, são geralmente resistente à radioterapia e quimioterapia. Devido ao pobre prognóstico, o seguimento médico permanece incerto.

**PALAVRAS-CHAVE:** Tireoide; Carcinoma; Pouco diferenciado