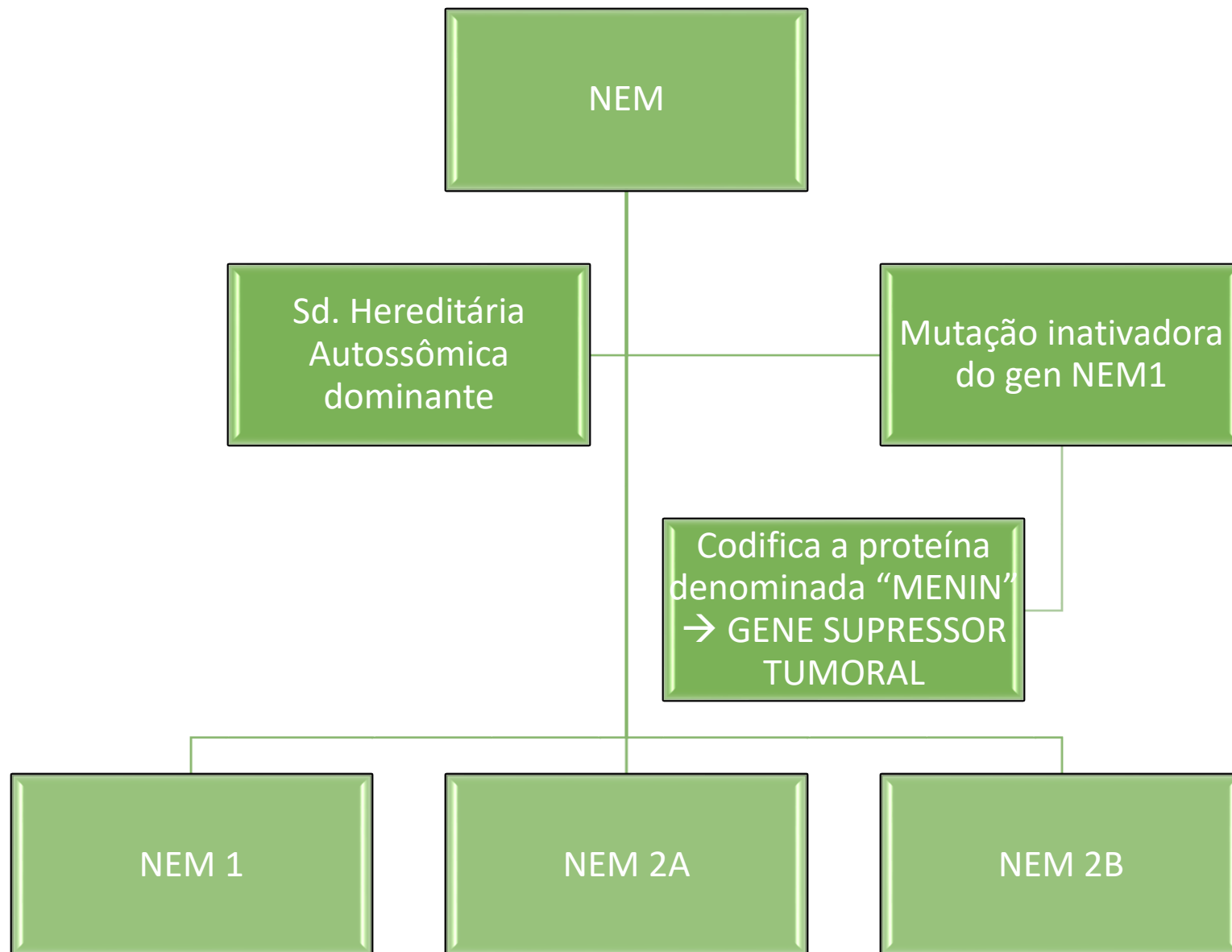
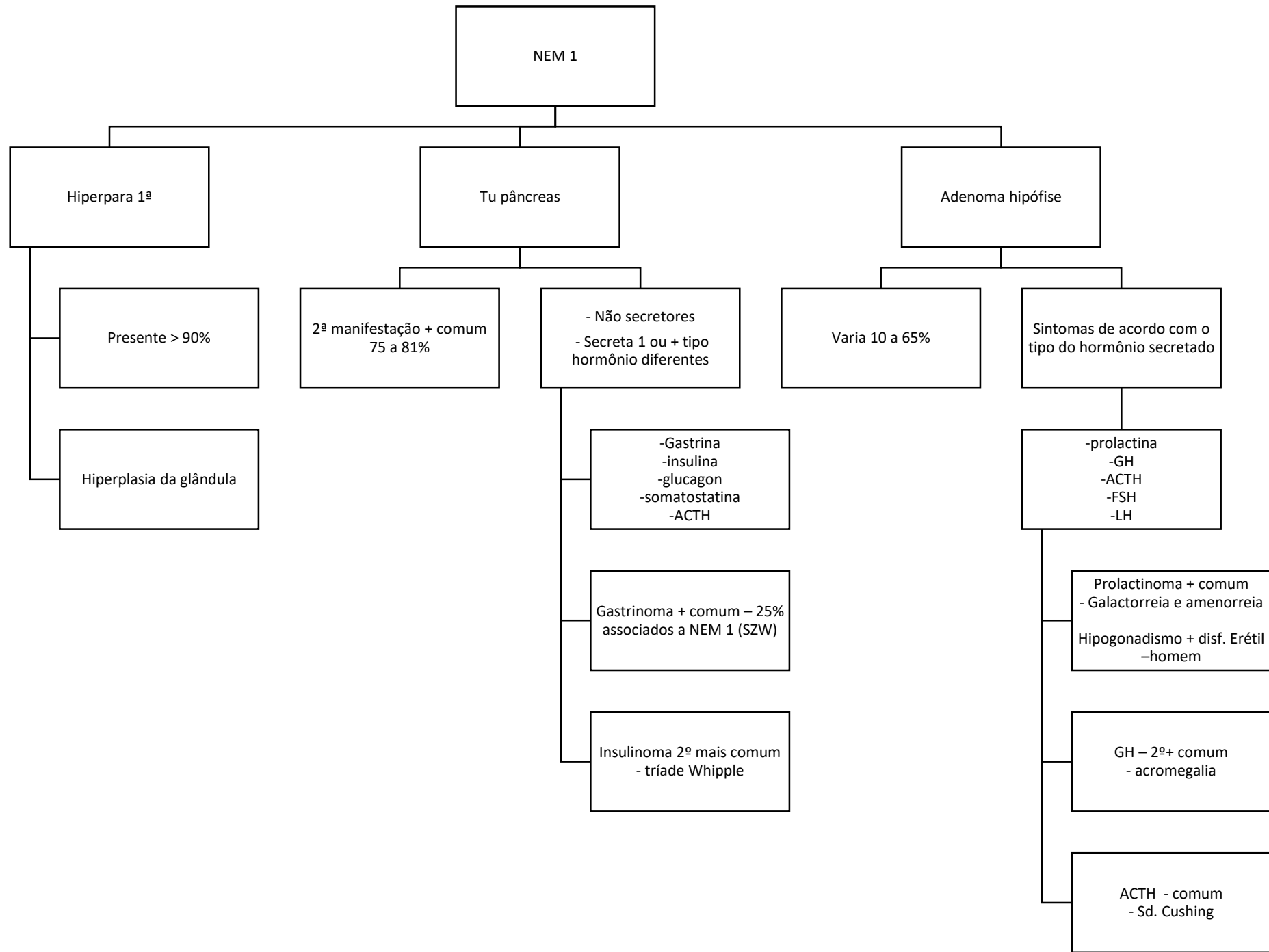
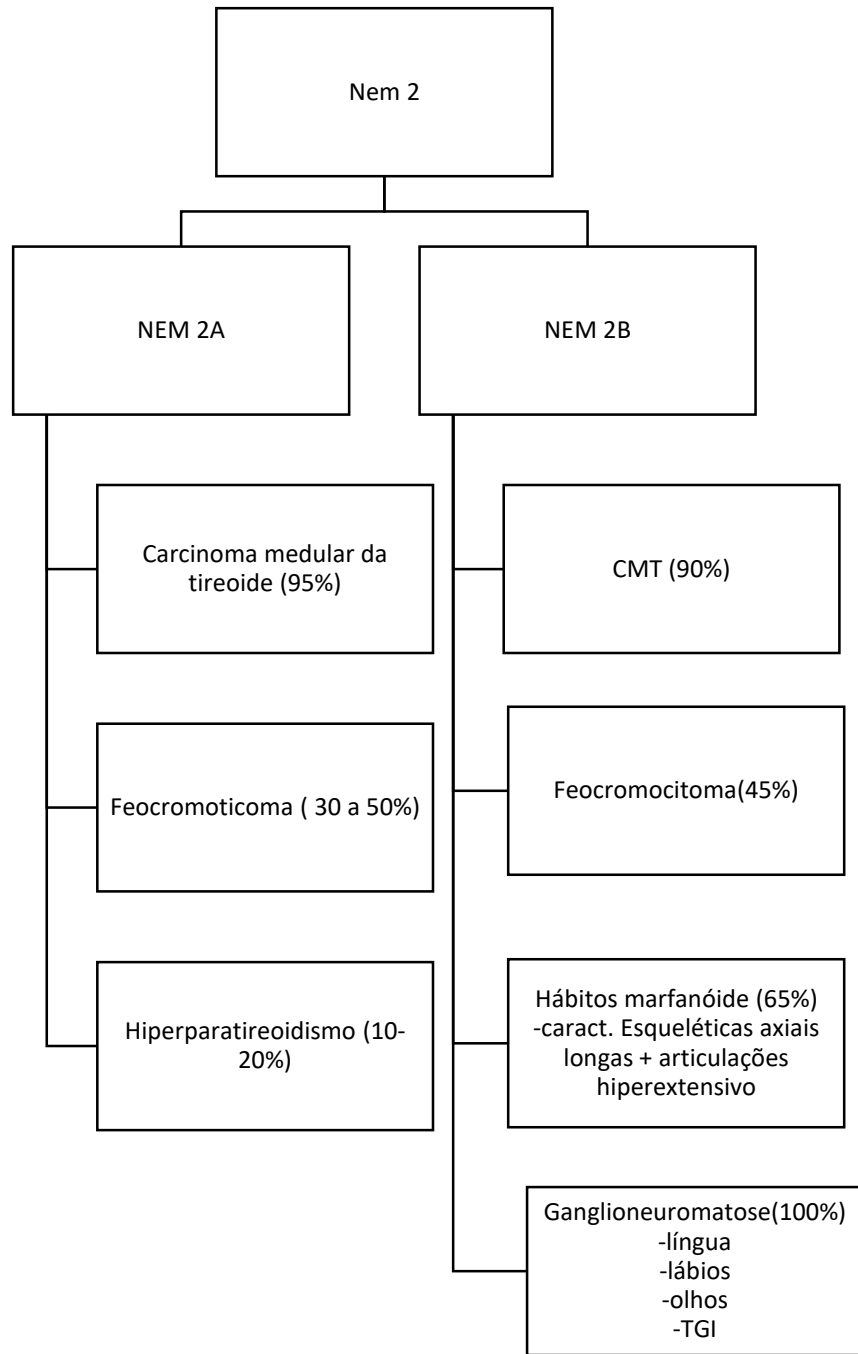


NEM

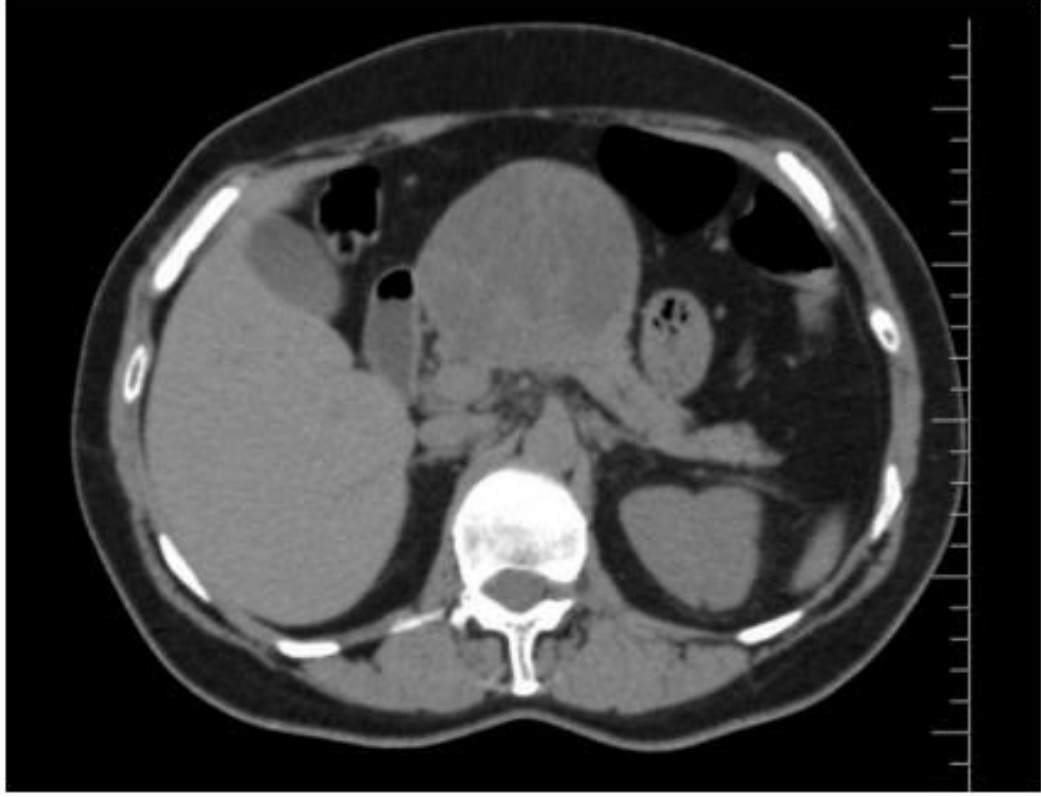
Chiara Beletato







- Paciente feminina de 59 anos de idade, apresentou-se ao ambulatório com história de episódios paroxísticos de sudorese, tremores, fraqueza, mal-estar geral, sonolência e taquicardia, com exame físico normal. Foi internada para investigação etiológica. Durante as primeiras horas do internamento, apresentou a tríade de whipple durante o teste de jejum prolongado, com amostra de sangue coletada, que evidenciou glicemia de 37mg/dL e insulina sérica de 19,50mUI/ml. Realizou tomografia computadorizada (TC) de abdome que revelou os seguintes achados (Figura 1). Se a paciente estivesse em idade fértil, com história pregressa de menstruações regulares, mas subsequentemente evoluindo com amenorreia, qual diagnóstico deveria ser considerado?



- Paciente do sexo masculino, com 40 anos de idade, relata que desde 2017 vem apresentando episódios de cefaleia frontal, bilateral, pulsátil, com intensidade 10/10, de curta duração, sem fator de piora e com remissão espontânea. Relata vômitos de conteúdo alimentar e taquicardia em associação aos episódios e nega sudorese. Refere que o quadro ocorria com frequência semanal, tinha curta duração e remissão espontânea. Refere aumento 112 da frequência e intensidade dos sintomas nos últimos 4 meses anteriores à admissão hospitalar, evoluindo com sudorese intensa e perda ponderal de 8 kg nesse período – passando de 64 a 56 kg, perda correspondente a 12,5% do peso corporal. Afirma que, após atendimento em Unidade de Pronto Atendimento (UPA), foi encaminhado para internação hospitalar devido a desidratação, desnutrição e queda do estado geral. Foi admitido no HGRS no dia 8 de julho de 2020, apresentando-se emagrecido e em uso de nutrição parenteral total (NPT) devido a relato de distensão abdominal intensa quando alimentação por via oral. Queixava-se de astenia, obstipação, humor deprimido e relatava picos pressóricos.

- Ao exame físico o paciente apresentava-se em ruim estado geral, emagrecido, com musculatura hipotrófica, desidratado, eupneico, anictérico, acianótico, afebril, taquicárdico e hipertenso. O exame segmentar dos aparelhos não evidenciou alterações dignas de nota.
- Os exames laboratoriais demonstraram hipercalcemia persistente – Ca = 13,2 (13/07/2020); 15,1(18/07/2020); 12,2 (05/08/2020); 11,8 (10/08/2020).

	17/07	30/07	31/07	05/08	10/08
TSH (VR: 0,27-4,20)	6,0	4,9		5,0	
T4 livre (VR: 0,93-1,71)	1,1	1,0		0,9	
PTH (VR: 15-65)	121,5	84,3		175,2	84,39
SDHEA (VR: 106-464)			96,4		
Atividade da renina (VR: 2,8-39,9)			115,6		
Aldosterona (VR: 1,76-23,3)			6,78		
Calcitonina (VR: < 8,4)			158		
Adrenalina (VR: até 84)			4622		
Noradrenalina (VR: até 420)			14323		
Dopamina (VR: até 85)			90		
Metanefrinas urinárias			> 1000		
Cortisol					> 63,4

- Foi realizada ultrassonografia (USG) da tireoide em 16 de julho de 2020, na qual foram visualizados nódulos hipoecogênicos
- O paciente foi encaminhado a serviço externo para realização de punção aspirativa
 - nódulo proliferativo folicular classificação Bethesda categoria IV. Os achado citológicos das amostras eram atípicos, não sendo possível descartar a possibilidade de carcinoma medular da tireoide, recomendando-se correlação com dados clínicos e dosagem de calcitonina do material aspirado.

- <https://www.scielo.br/j/abem/a/KVgdChpNtKGWG4p7HFTDV7p/?lang=pt>
- <https://www.scielo.br/j/abem/a/6Z4YkLTnMJMtm773k3XNP7J/?lang=pt>