

IV SEMANA DO CONHECIMENTO

COMPARTILHANDO E FORTALECENDO REDES DE SABERES

6 A 10 DE NOVEMBRO DE 2017



Marque a opção do tipo de trabalho que está inscrevendo:

() Resumo

(x) Relato de Caso

CONCOMITÂNCIA DE DISTURBIOS ENDOCRINOS AUTOIMUNES - UM RELATO DE CASO DA SÍNDROME POLIGLANDULAR AUTOIMUNE TIPO III

AUTOR PRINCIPAL: Matheus Ramos

CO-AUTORES: Brenda Gobetti, Luiza Maidana Marques, Ricardo Tobias Sartori Gradaschi, Lucas Grumann Bernardon, João Pedro Langaro, Andreza Maldaner, Raquel Erbice Durgante, Pérsio Ramon Stobbe, Caio Gabriel Garcia, Corine Amaro Menta, Gabriela Koehler, Carolina Scortegagna De Conti.

ORIENTADOR: Pérsio Ramon Stobbe

UNIVERSIDADE: Universidade de Passo Fundo

INTRODUÇÃO:

Na Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1) a autoimunidade contra células beta pancreáticas, que causa a falência na produção de insulina, pode estar associada a outras doenças autoimunes, tanto endocrinológicas quanto não endocrinológicas. Portanto, o risco de autoimunidade é maior nesses pacientes e em seus familiares, sendo essenciais avaliações endocrinológicas. (1). A Síndrome Poliglandular Autoimune tipo III (SPGA-III) ocorre quando há concomitância de uma disfunção imunológica da tireóide associada a outra patologia autoimune, como o hipertireoidismo da Doença de Graves e DM1. Nestes casos a doença mais preponderante pode desencadear a outra.

DESENVOLVIMENTO:

Paciente TBV, 20 anos, feminino, procedente de Ibirubá com diagnóstico prévio de hipertireoidismo devido à doença de Graves, em 2014, tratada irregularmente com Metimazol, o qual foi interrompido dois meses após o início do tratamento. Procurou atendimento médico devido a fadiga, ansiedade, poliúria, polidipsia, palpitações e exoftalmia, iniciadas há 1 mês e exacerbadas há duas semanas. Essas queixas foram atribuídas ao hipertireoidismo. Nesse período relata perda ponderal de 7 quilogramas. Ao exame físico, a paciente encontrava-se, letárgica, com a respiração profunda e rápida sugestiva de respiração de Kussmaul, a tireoide estava palpável e aumentada, com presença de sopro. O teste de glicemia capilar mostrou 350 mg/dL, caracterizando o quadro de cetoacidose diabética. Assim, a paciente foi internada no hospital, onde recebeu tratamento para a cetoacidose e reiniciou o uso de Metimazol.

IV SEMANA DO CONHECIMENTO

COMPARTILHANDO E FORTALECENDO REDES DE SABERES

6 A 10 DE NOVEMBRO DE 2017



Exames laboratoriais demonstraram Hemoglobina Glicada > 15%, T4 livre 5,16, TSH 0,004, Anticorpo Anti-tiroglobulina 91,2 UI / mL (referência <4,1), TRAB 2,84 (referência <1,75 UI / L) e Anticorpo Anti-GAD 5,0 (referência <1,0 UI / ml).

A ultrassonografia de tireoide demonstrou aumento de volume com hipervascularização, compatíveis com Doença de Graves. Na presença destas duas patologias, foi diagnosticado a Síndrome Poliglandular Autoimune Tipo 3, associação DM1 e Doença de Graves. Nessa paciente, o diagnóstico correto foi atrasado devido à sobreposição de sintomas clínicos quando todo o quadro foi atribuído ao hipertireoidismo. Após compensada foi tratada com iodo radioativo e atualmente faz uso de tiroxina e de análogos de insulina.

Evidencia-se necessária a investigação e conhecimento de distúrbios endócrinos simultâneos, particularmente em pacientes com histórico familiar. A detecção da SPGA pode ser desafiadora, uma vez que as manifestações clínicas das condições se sobrepõem, mascarando os sintomas. Assim, reconhecer a existência da concomitância de duas doenças endócrinas torna-se essencial, uma vez que o quadro tireotóxico prejudica o controle glicêmico, provocando acidose e perturbando o equilíbrio hidroeletrólítico (3). Em até 50% dos casos, o hipertireoidismo é acompanhado de intolerância à glicose e, em até 3% deles, de diabetes clinicamente evidente. A diminuição da tolerância à glicose deve-se ao decréscimo da sensibilidade à insulina e à redução do armazenamento hepático de glicogênio, ao mesmo tempo em que a secreção de glucagon e a absorção intestinal de glicose aumentam. Em pacientes com DM1, esse quadro acarreta em resistência à insulina e a maior liberação de ácidos graxos, o que causará cetoacidose (1).

Assim, os efeitos deletérios de acidose não controlada, da taquicardia prolongada e da hipocalcemia não corrigida podem acarretar em arritmias ventriculares e culminar em parada cardíaca. Dessa forma, rigoroso equilíbrio de fluidos e monitoramento eletrolítico mostra-se fundamental (3).

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A associação entre DM1 e Doença de Graves, caracterizando a SPGA tipo 3, podendo ser uma emergência médica. Neste caso, o diagnóstico de DM1 foi postergado devido à sobreposição de sinais comuns a ambas as doenças, principalmente perda de peso e fadiga. O gerenciamento bem-sucedido dessas patologias depende do rápido reconhecimento e tratamento de todos os fatores precipitantes concorrentes.

REFERÊNCIAS:

1. AHMAD, F A; MUKHOPADHYAY, B. Simultaneous presentation of type 1 diabetes and Graves' disease. Scottish Medical Journal. P. 1-2. 2011.

IV SEMANA DO CONHECIMENTO

COMPARTILHANDO E FORTALECENDO REDES DE SABERES

6 A 10 DE NOVEMBRO DE 2017



2. GOUVEIA, Sofia et al. Rastreamento de síndrome poliglandular autoimune em uma população de pacientes com diabetes melito tipo 1. Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia. P. 733-738. 2013.

3. HANSEN, Martin P; MATHEIS, Nina; KAHALY, George J. Type 1 diabetes and polyglandular autoimmune syndrome: A review. World Journal Of Diabetes. Pleasanton, p. 67-79. fev. 2015

NÚMERO DA APROVAÇÃO CEP OU CEUA (para trabalhos de pesquisa):

Número da aprovação.

ANEXOS:

Poderá ser apresentada somente uma página com anexos (figuras e/ou tabelas), se necessário.