

V SEMANA DO CONHECIMENTO

**CONSTRUINDO CONHECIMENTOS
PARA A REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES**

1 A 5 DE OUTUBRO DE 2018



Marque a opção do tipo de trabalho que está inscrevendo:

() Resumo

(x) Relato de Caso

MANEJO CLÍNICO EM CANINO COM HIPERADRENOCORTICISMO ATÍPICO

AUTOR PRINCIPAL: Melania Bortolini

CO-AUTORES: Liz Rodio e Marina Gatto

ORIENTADOR: Michelli Westphal d Ataíde

UNIVERSIDADE: Universidade de Passo Fundo-UPF

INTRODUÇÃO

O hiperadrenocorticismismo (HAC) é uma enfermidade caracterizada pela exposição crônica do organismo a níveis elevados de glicocorticoides (KYLES, 2014; HERRTAGE E HAMSEY, 2015). O HAC atípico ocorre quando o cão apresenta sinais clínicos da doença, com base na anamnese, no exame físico e nos resultados dos exames de sangue e de urina, mas os achados dos testes estão na faixa aceita de referência (NELSON E COUTO, 2015). De acordo com Ecco e Langohr (2017), os hormônios sexuais atuam como agonistas glicocorticoides e nesses pacientes, são identificados em concentração excessiva, gerando a sintomatologia e caracterizando o HAC. O trilostano é a medicação de escolha no HAC, mas deve ser usado com cautela na forma atípica devido aos níveis de cortisol estarem dentro dos valores de referência (NELSON E COUTO, 2015). O objetivo do relato é demonstrar a importância do diagnóstico correto e tratamento adequado, através da descrição de um caso de hiperadrenocorticismismo atípico, em um canino.

DESENVOLVIMENTO:

Um canino macho, da raça shih tzu, 12 anos, pesando 9 Kg foi encaminhado para atendimento especializado devido a suspeita de endocrinopatia. Na anamnese o tutor relatou intensa polifagia, bem como polidipsia e poliúria. Ao exame físico foram observados sinais visíveis de excesso de peso, rarefação pilosa (figura 1) e abdômen abaulado (figura 2), além de pele fina e inelástica. O exame físico geral apresentava-se dentro dos parâmetros fisiológicos para a espécie. Foram solicitados exames

V SEMANA DO CONHECIMENTO

**CONSTRUINDO CONHECIMENTOS
PARA A REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES**

1 A 5 DE OUTUBRO DE 2018



complementares, que demonstraram hiperfosfatemia, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, além de ureia e gamaglutamiltransferase acima dos valores de referência. O exame de ultrassonografia evidenciou alteração de tamanho e presença de nódulos em fígado e baço, além de pancreatite. As glândulas adrenais apresentaram-se dentro dos parâmetros normais. A urinálise não apontou alterações dignas de nota. Já havia sido realizado por diversas vezes testes de SBDD e estimulação com ACTH (hormônio adrenocorticotrófico), sempre com resultados negativos. Diante disso, elegeu-se a realização do teste de estimulação com ACTH, dosando além do cortisol, a concentração sérica de androstenediona, 17 hidroxiprogesterona, progesterona, estradiol, testosterona e aldosterona. Uma amostra sanguínea foi coletada e em seguida realizada a aplicação do cortisol sintético pela via endovenosa, na dose de 5mcg.kg^{-1} . Uma hora depois procedeu-se nova coleta. Os hormônios androstenediona, 17 hidroxiprogesterona, progesterona e estradiol se mostraram acima dos valores de referência para um paciente orquiectomizado, confirmando o diagnóstico de um caso atípico de HAC. Foi iniciada terapia medicamentosa com trilostano na dose de $0,25\text{mg.kg}^{-1}$, SID, por VO. A dose de trilostano indicada ao paciente é mais baixa do que a usada no HAC típico, pois o cortisol sanguíneo se encontra dentro dos parâmetros normais para a espécie, e uma dose excessiva poderia levar ao hipoadrenocorticism. A monitoração da terapia é realizada através do controle dos valores de sódio e potássio, assim como a dosagem do cortisol. Após 30 dias de tratamento, observou-se melhora expressiva na qualidade da pele (figura 3), diminuição abdominal (figura 4) e controle de poliúria e polidipsia. O diagnóstico diferencial constitui uma etapa extremamente importante, dada a semelhança dos sinais clínicos de um quadro de HAC e o de outras afecções. É frequente que os tutores confundam os sinais da doença, relatando-os como comportamento habitual. Portanto é determinante o conhecimento do médico veterinário, para que identifique e trate a patologia corretamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O HAC é uma enfermidade grave que exige investigação assídua. Definir diagnósticos diferenciais através de uma excelente anamnese somado a observação dos sinais clínicos é fundamental para o direcionamento da suspeita. Apesar do HAC atípico ser pouco identificado, é justificada a sua existência através das alterações hormonais e se torna comprovado após a eficácia da terapia instituída

REFERÊNCIAS

ECCO, R.; LANGOHR, I. M. Sistema endócrino. In: SANTOS, R.L.; ALESSI, A. C. Patologia Veterinária. 2ed. Rio de Janeiro:Roca, 2017.



V SEMANA DO CONHECIMENTO

**CONSTRUINDO CONHECIMENTOS
PARA A REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES**

1 A 5 DE OUTUBRO DE 2018



HERRTAGE, M.I E; HAMSEY, I. K. Hiperadrenocorticismo em cães. In: MOONEY, C. T.; PETERSON, M. E. Manual de endocrinologia em cães e gatos. 4ed. São Paulo: Roca, 2015.

KYLES, A. E. Glândulas adrenais. In: BOJRAB, M. J.; MONNET, E. Mecanismo das doenças em cirurgia de pequenos animais. 3ed. São Paulo: Roca, 2014.

NELSON, R. W.; COUTO, C. G. Doenças da Adrenal. In: _____. Medicina Interna de Pequenos Animais. 5ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

NÚMERO DA APROVAÇÃO CEP OU CEUA (para trabalhos de pesquisa): Número da aprovação.

ANEXOS