

SÍNDROME DE CUSHING CAUSADA POR CARCINOMA ADRENAL

ADRENAL CARCINOMA CAUSING CUSHING SYNDROME

Fabiola Doff Sotta Souza, Halley Makino Yamaguchi, Gustavo Neves de Araújo, Mateus Dornelles Severo, Beatriz D'Agord Schaan, Eduardo Guimarães Camargo

Paciente de 53 anos, sexo feminino, branca, iniciou há três meses com aumento de peso e surgimento de pelos faciais. Ao exame físico, apresentava fúrias de lua cheia, alopecia de padrão androgênico, plethora facial, hirsutismo, giba, obesidade centrípeta e hipertensão arterial sistêmica. Com a suspeita de Síndrome de Cushing, foram realizados exames: cortisolúria: 191,73 µg/24h (valor de referência [VR]: 36 a 137), cortisol pós-supressão com dexametasona 1 mg: 23,2 µg/dl (VR <1,8), testosterona: 4,4 ng/ml (VR: 0,08 a 0,35); androstenediona: 20 ng/ml (VR: 0,5 a 3,7); Sulfato de Dehidroepiandrosterona (SHDEA): 791,8 µg/dl (35,4 a 256) e ACTH: <10 pg/ml (10 a 52). A tomografia computadorizada mostrou uma massa na glândula adrenal direita de 6,0 cm x 6,4 cm, com padrão homogêneo e ausência de microcalcificações, apresentada abaixo (Figura). O quadro laboratorial confirmando a presença de síndrome de Cushing e a ocorrência de produção excessiva de mais de um hormônio adrenal (cortisol e SHDEA), associados à lesão adrenal com mais de 4 cm, levantaram a hipótese de carcinoma adrenal. Foi realizada adrenalectomia direita e o anatomopatológico confirmou o diagnóstico de carcinoma adrenocortical com invasão vascular. Esse tumor é responsável por cerca de 5% dos casos de Síndrome de Cushing e tem como característica o rápido aparecimento das manifestações clínicas de hiper-cortisolismo. As lesões são em geral grandes, >5 cm, podendo secretar também androgênio e mineralocorticoide. Nas mulheres, promove virilização, com hirsutismo, clitoromegalia e acne grave. O prognóstico é reservado, a maioria dos pacientes morre após dois anos de diagnóstico.

Rev HCPA 2009;29(2):177

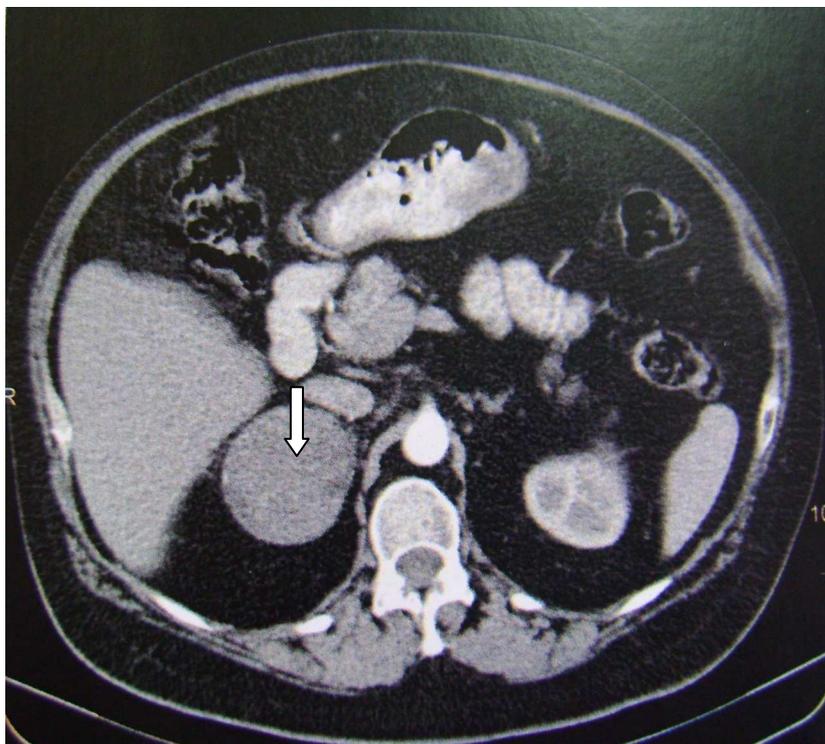


Figura - Lesão glândula adrenal direita com 6,0 x 6,4 cm