

Discussão: A abordagem inicial do hiperparatiroidismo primário engloba a cintigrafia das paratiróides e a ecografia cervical. Nos 2 casos expostos a localização mediastínica das lesões e as suas grandes dimensões condicionaram a realização primária da ecoendoscopia para exclusão de neoplasia maligna não paratiróideia. Na literatura também está descrito o papel da ecoendoscopia na localização das lesões da paratiróide em doentes com hiperparatiroidismo persistente ou recorrente nos quais o estudo imagiológico não invasivo foi inconclusivo.

P42. NORMALIZAÇÃO DO CÁLCIO SÉRICO COM CINACALCET NUMA DOENTE COM HIPERCALCEMIA HIPOCALCIÚRICA FAMILIAR

A.R. Caldas, M.H. Cardoso

Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo. Centro Hospitalar do Porto.

Introdução: A Hipercalcemia hipocalciúrica familiar (HHF) é uma patologia autossômica dominante que resulta da mutação inativadora do receptor sensível ao cálcio (CaSR). Em alguns casos associa-se a hipercalcemia grave e sintomática, para a qual não existe terapêutica médica ou cirúrgica eficaz. Com este caso pretendemos salientar a importância do diagnóstico diferencial de uma hipercalcemia persistente e expor o potencial terapêutico do Cinacalcet nos doentes com HHF sintomáticos.

Caso clínico: Mulher de 34 anos, observada no nosso Hospital por hipercalcemia sintomática mantida após remoção cirúrgica de 3 paratiróides hiperplásicas por suspeita de hiperparatiroidismo 1º. Hipercalcemia detectada 2 anos antes no contexto de estudo analítico por obstipação e fadiga persistentes. Osteoporose documentada por osteodensitometria, sem litíase renal. Filho com hipercalcemia assintomática. Estudo genético para MEN1 negativo. Cálcio corrigido pré-cirurgia 2,78 mmol/L (N: 2,20-2,5), com PTH 5,1 pg/mL (N: 15-65); cálcio corrigido após paratiroidectomia 2,86 mmol/L, com PTH 5,5 pg/mL. Excreção fraccional de cálcio 0,0062, a favor de HHF. Realizado estudo genético na doente e no filho, tendo sido confirmada a doença em ambos, devido à mutação c.2447T > C (p.Ile816Thr) em heterozigotia no exão 7 do gene CaSR. A doente manteve níveis elevados de cálcio plasmático e sintomas de fadiga, fraqueza muscular, obstipação e sintomas depressivos. Iniciou terapêutica com Cinacalcet 30 mg/dia, com normalização dos níveis de cálcio e melhoria sintomática, encontrando-se actualmente bem em termos clínicos e analíticos.

Discussão: A HHF deve ser sempre excluída em casos de hipercalcemia moderada e com história familiar positiva. Apesar de benigna e maioritariamente assintomática, associa-se por vezes a hipercalcemia grave e sintomática. Para além dos benefícios terapêuticos nos doentes com hiperparatiroidismo primário e secundário, o Cinacalcet pode também desempenhar um papel na abordagem terapêutica neste subgrupo de doentes.

P43. CARCINOMA DA PARATIROIDEIA - CASO CLÍNICO

F. Serra, R. Ferreira, C. Moniz, H. Simões, C. Saraiva, L. Raposo, J. Torrinha, M. Saraiva

Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo. HEM. CHLO.

Introdução: O carcinoma da paratiróideia (CP) é uma causa rara de hiperparatiroidismo primário (1-5% dos casos). Associa-se geralmente a hipercalcemia sintomática com atingimento renal e ósseo. Um valor muito elevado de PTHi com hipercalcemia marcada e uma massa cervical faz levantar a suspeita. O tratamento indicado é a paratiroidectomia e o diagnóstico definitivo é histológico.

Caso clínico: Mulher, 72 anos com antecedentes de HTA, litíase renal, obstipação e depressão. Referenciada por quadro com

1 ano de evolução, de disфонia, fraqueza muscular generalizada e aumento cervical esquerdo. Dos exames complementares salientava-se: creatinina 2,02 mg/dL, TSH 2,49 U/L, T4L 0,69 ng/dL (0,93-1,71), PTHi 1.511 pg/mL (15-68,3) Cálcio(s) 13,3 mg/dL. Ecografia cervical: lobo esquerdo aumentado com nódulo de predomínio sólido (33 × 39 × 50 mm). TC cervical confirmou nódulo, calcificado e heterogêneo, mergulhante, com desvio da traqueia sem estreitamento, sem adenopatias. Ecografia renal: quistos corticais e litíase bilateral. Radiografia crânio compatível com imagem de "sal e pimenta" na calote. Citologia suspeita de tumor folicular versus variante oncocítica de carcinoma papilar. Submetida a hemitiroidectomia esquerda e paratiroidectomia com excisão de massa paratiróideia inferior esquerda com 6 cm, verificando-se descida do valor de PTHi no pós-operatório imediato (3.467-319 pg/mL). Por hipocalcemia grave (5,7 mg/dL) pós cirurgia fez cálcio endovenoso e calcitriol. A histologia foi compatível com carcinoma da paratiróideia intratiróide, totalmente ressecado. Um ano após, encontra-se estável, eutiroideia sob levotiroxina. Analiticamente: creatinina 3,42 mg/dL, cálcio 9,4 mg/dL, PTH 95,9, vitamina D 32 ng/mL. TC cervical sem evidência de recidiva.

Discussão: Apesar de ser uma causa rara, devemos considerar o diagnóstico de CP quando observamos uma calcemia muito elevada com níveis de PTHi 3 a 10 vezes superiores ao limite superior associado a massa cervical. A capacidade diagnóstica da citologia tem-se mostrado limitada. Neste caso, dada a ressecção total o prognóstico é bom, mas é essencial um seguimento regular já que a probabilidade de recorrência é maior nos primeiros 3 anos após a cirurgia.

P44. HIPOCALCEMIA TARDIA APÓS TIROIDECTOMIA TOTAL

J. Menezes Nunes, E. Rodrigues, D. Carvalho

Serviço de Endocrinologia Diabetes e Metabolismo. Centro Hospitalar São João. Porto. Faculdade de Medicina. Universidade do Porto.

Introdução: O hiperparatiroidismo pós-cirúrgico é uma complicação bem conhecida e relativamente comum após tiroidectomia total. Pode ocorrer sob duas formas: hiperparatiroidismo transitório, no qual pode haver recuperação em semanas a meses após a cirurgia e hiperparatiroidismo definitivo. Estão descritos muito poucos casos de hiperparatiroidismo com aparecimento vários anos após a cirurgia. Descrevemos o caso de uma doente com aparecimento de hiperparatiroidismo pós-cirúrgico 15 anos após tiroidectomia total.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, submetida, em 1998, noutra instituição, a tiroidectomia total por carcinoma papilar da tiróide - estadio pT2N1bM0. Terá efectuado terapêutica ablativa com iodo, desconhece-se dose e resultado de cintilograma. Referenciada em Setembro/09, com 29 anos, a consulta de Endocrinologia para seguimento oncológico. Em Março/12, recorreu ao Serviço de Urgência, por quadro de parestesias das mãos com dedos em garra, onde foi diagnosticada hipocalcemia grave (Ca = 5,4 mg/dL [8,8;10,6], Ca²⁺ = 0,68 mg/dL [1,15; 1,35]). Verificou-se a resolução do quadro clínico após administração de gluconato de cálcio, tendo tido alta medicada com calcitriol e associação carbonato de cálcio com colecalciferol. Por iniciativa própria, suspendeu o calcitriol, por queixas de obstipação um mês após início de suplementação. O estudo posterior do metabolismo fosfo-cálcio revelou hiperparatiroidismo (PTH = 10,2 pg/mL [10;65], Ca = 4,1 mEq/L [4,2-5,1], Ca²⁺ = 2,04 mmol/L [2,26-2,64], PO₄³⁻ = 4,6 mg/dL [2,7-4,5], Mg²⁺ = 1,50 mEq/L [1,55;2,05]). Mantém-se em suplementação com calcitriol, carbonato de cálcio e colecalciferol, actualmente sem queixas e analiticamente controlada.

Discussão: O aparecimento tardio de hipocalcemia, na dependência de hiperparatiroidismo anos após tiroidectomia total, é uma patologia