



Complexo
HUPES

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA

MARINA CEDRO PLATON BEZERRA

**ABORDAGEM DE FEOCROMOCITOMA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
RELATO DE CASO**

Salvador

2024

Marina Cedro Platon Bezerra

**ABORDAGEM DE FEOCROMOCITOMA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à comissão avaliadora do Hospital Universitário Professor Edgard Santos, como requisito obrigatório para conclusão da Residência Médica em Endocrinologia e Metabologia.

Orientadora: Prof. Dra. Alcina Maria Vinhaes Bittencourt

Salvador

2024

Marina Cedro Platon Bezerra

ABORDAGEM DE FEOCROMOCITOMA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à comissão avaliadora do Hospital Universitário Professor Edgard Santos, como requisito obrigatório para conclusão da Residência Médica em Endocrinologia e Metabologia.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA – COREME
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. EDGARD SANTOS
MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA



TERMO DE APROVAÇÃO

Parecer do trabalho de Conclusão de Residência Médica do Hospital Universitário Professor Edgard Santos, como pré-requisito obrigatório para a conclusão do Programa de Residência Médica em Endocrinologia e Metabologia.

Aluno: MARINA CEDRO PLATON BEZERRA

Professor-Orientador: ALCINA MARIA VINHAES BITTENCOURT

Título: Abordagem de Feocromocitoma no Sistema Único de Saúde:

RELATO DE CASO

Relevância: A manifestação inicial do caso foi de crises convulsivas, hipertensão arterial, hiperglicemia, seguida de dor abdominal e cefaleia. Massa adrenal com volume de 418,5 cm. A apresentação de dor abdominal, presença de massa adrenal gigante e histologia benigna, ocasiona a relevância e originalidade do caso.

Avaliação do desempenho do(a) aluno(a): Durante o seguimento do caso, a aluna acompanhou, com impassibilidade os passos difíceis do seu paciente com extremo conflito de entendimento da gravidade da sua enfermidade. O caso foi submetido e aceito, como relato no CBEM 2024 e publicado na revista Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia. O paciente tem acompanhamento regular, se sente muito bem assistido.

Espera-se que, este material sirva de informação efetiva para a Atenção Básica, e que seja um incentivo na busca de novos casos. Este relato pessoal, documentar de memórias vivenciadas na Atenção Básica, culminado com o grande atraso no tratamento de doença possível de cura.

NOTA: DEZ(10,0)

Salvador, 13 de dezembro de 2024



Prof. Dr. Joaquim Custódio da Silva Júnior
Vice-Supervisor do Programa de Residência Médica de Endocrinologia e
Metabologia
HUPES/ MCO/UFBA

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à todos os pacientes do Sistema Único de Saúde que passaram pela minha sala 7 de atendimento, no ambulatório Professor Francisco Magalhães Neto, e que contribuíram para a minha formação durante a Residência Médica em Endocrinologia e Metabologia. Pessoas simples, que apesar das adversidades, buscavam viver com mais saúde e qualidade de vida.

ABORDAGEM DE FEOCROMOCITOMA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: RELATO DE CASO

Marina Cedro Platon Bezerra¹
Alcina Maria Vinhaes Bittencourt²

RESUMO

Introdução: Feocromocitoma é uma neoplasia rara da glândula adrenal, secretora de catecolaminas, mais comum na quarta ou quinta década de vida. O diagnóstico precoce é importante já que os pacientes podem desenvolver complicações a longo prazo, tais como: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2 e crises convulsivas. **Relato de caso:** Masculino, 56 anos, hipertenso, diabético e com diagnóstico de epilepsia, encaminhado ao ambulatório com quadro de dor em flanco direito há 1 ano e tumoração em adrenal direita. Relatava crises de paroxismos (cefaleia, palpitações e sudorese), com idas frequentes à emergência. Dosagem de metanefrinas em urina de 24 horas era superior a 5.000 pg/ml. TC de abdome evidenciava lesão sólida na adrenal direita, bem delimitada, pobre em gordura (densidade de 41 UH), heterogênea, medindo 10,4 x 9,9 x 9,3 cm, com “wash out” absoluto inferior a 60%. Após o diagnóstico de Feocromocitoma, foi definido pelo internamento para realização de alfa e beta bloqueios, seguidos de adrenalectomia. A cirurgia foi realizada sem intercorrências e o resultado de anatomopatológico confirmou Feocromocitoma. Um mês após a cirurgia, o paciente não apresentava necessidade de anti-hipertensivos ou hipoglicemiantes. **Discussão:** O diagnóstico de doenças raras na população brasileira pode ser retardado devido à dificuldade de acesso aos serviços de média e alta complexidade no SUS. A decisão pelo internamento para o preparo pré-operatório considerou as limitações socioeconômicas do paciente. Feocromocitomas não tratados aumentam a mortalidade por complicações renais, cardíacas, cerebrais e vasculares. **Conclusão:** O internamento hospitalar foi fundamental para proporcionar melhores condições clínicas e hemodinâmicas para a cirurgia. A remoção cirúrgica do Feocromocitoma pode levar à cura da doença, porém devido ao risco de recidiva, recomendase acompanhamento médico a longo prazo. A experiência relatada ressalta a importância da equipe multidisciplinar na tomada de decisão, individualizando cada caso.

Palavras-chave: Feocromocitoma; Catecolamina; Adrenalectomia.

¹ Médica Residente em Endocrinologia e Metabologia pela Universidade Federal da Bahia-UFBA. Endereço eletrônico: marinamcedro@hotmail.com

² Prof. da Universidade Federal da Bahia-UFBA. Endereço eletrônico: alcinavinhaes@gmail.com

ABSTRACT

Introduction: Pheochromocytoma is a rare neoplasm of the adrenal gland, secreting catecholamines, most common in the fourth or fifth decade of life. Early diagnosis is important as patients can develop serious illnesses in the long term. Systemic arterial hypertension, type 2 diabetes mellitus and seizures may be associated with the disease. **Case report:** Male, 56 years old, hypertensive, diabetic and diagnosed with epilepsy, referred to the outpatient clinic with pain in the right flank for 1 year and tumor in the right adrenal. He reported paroxysmal attacks (headache, palpitations and sweating), with frequent visits to the emergency room. Metanephrine dosage in 24-hour urine was greater than 5,000 pg/ml. Abdominal CT showed a solid lesion in the right adrenal, well-defined, low in fat (density of 41 HU), heterogeneous, measuring 10.4 x 9.9 x 9.3 cm, with an absolute “wash out” of less than 60%. After the diagnosis of Pheochromocytoma, he was admitted to hospital for alpha and beta blockade, followed by adrenalectomy. The surgery was performed uneventfully and the anatomopathological result was Pheochromocytoma. One month after surgery, the patient did not need antihypertensive or hypoglycemic drugs. **Discussion:** The diagnosis of rare diseases in the Brazilian population can be delayed due to difficulty in accessing medium and high complexity services in the SUS. The decision to hospitalize for preoperative preparation considered the patient's socioeconomic limitations. Untreated pheochromocytomas increase mortality from renal, cardiac, cerebral and vascular complications. **Conclusion:** Hospitalization was essential to provide better clinical and hemodynamic conditions for surgery. Surgical removal of Pheochromocytoma can lead to a cure for the disease, however, due to the risk of recurrence, long-term medical monitoring is recommended. The reported experience highlights the importance of the multidisciplinary team in decision making, individualizing each case.

Keywords: Pheochromocytoma; Catecholamine; Adrenalectomy.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Tomografia Computadorizada de abdome total (fase arterial) evidenciando grande tumoração em glândula adrenal direita.....14
- Figura 2 - Peça anatômica após ressecção completa de Feocromocitoma, medindo aproximadamente 10,4 cm em seu maior diâmetro.....15
- Figura 3 – Anexo do Pôster de apresentação do relato de caso no Congresso Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia 2024.....20
- Figura 4 – Anexo do Certificado de participação do Congresso Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia 2024.....21
- Figura 5 – Anexo da Central de Certificados dos trabalhos apresentados no Congresso Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia 2024.....22
- Figura 6 – Anexo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por paciente e pesquisador.....23

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	MÉTODOS	12
3	RELATO DE CASO	13
4	DISCUSSÃO	16
5	CONCLUSÃO	17
6	REFERÊNCIAS	18
7	ANEXOS.....	20

1 INTRODUÇÃO

Feocromocitoma é um tumor raro das células cromafins da medula adrenal, produtor de catecolaminas, mais frequentemente adrenalina e/ou noradrenalina. Embora os feocromocitomas possam ocorrer em qualquer idade, eles são mais comuns entre a quarta e a quinta década de vida e são igualmente comuns em homens e mulheres (GUERRERO et al., 2009). Mais de 90% dos casos são benignos e únicos, já 20% a 30% são bilaterais e estão relacionados à herança familiar. (TEIXEIRA et al., 2017). A prevalência de malignidade do feocromocitoma varia de 3% a 36%, e os sítios mais afetados são os ossos, fígado e pulmões (MARQUES et al., 2016). Tumores com localização extra-adrenal são menos frequentes e denominados de paragangliomas, pois surgem dos gânglios simpáticos. A diferenciação entre o tipo de tumor é essencial, pois apesar de a maioria dos feocromocitomas ser esporádica, uma pequena parcela dos casos pode estar associada à síndromes genéticas, ser diagnosticada em idades mais jovens (devido a investigação mais precoce), e necessitar de exames complementares específicos do diagnóstico sindrômico. Dentre os distúrbios familiares associados ao feocromocitoma adrenal, pode-se citar a síndrome de Von Hippel-Lindau, a Neoplasia Endócrina Múltipla tipo 2 e a Neurofibromatose tipo 1 (NEUMANN et al., 2019).

O quadro clínico do paciente com feocromocitoma caracteriza-se classicamente pela tríade clássica de cefaleia, sudorese e palpitações. Geralmente esses sintomas ocorrem em crises paroxísticas, com duração de quinze a vinte minutos. Podem ser espontâneos, ou desencadeados por exercícios, mudança postural, aumento da pressão abdominal ou uso de medicações como anestésicos e a metoclopramida. Devido ao tumor secretar grande quantidade de catecolaminas, a hipertensão arterial sustentada é a manifestação mais frequente, porém os pacientes podem ter hipertensão paroxística ou até mesmo pressão arterial normal. Outros sinais e sintomas menos comuns que podem ocorrer são intolerância à glicose ou o diabetes mellitus (devido ao efeito inibitório das catecolaminas sobre a liberação insulínica pancreática), a hipotensão ortostática (devido à depleção volêmica), a síndrome do pânico, o aumento de temperatura corporal e a perda ponderal (devido ao excesso de catecolaminas). Doenças cardiovasculares como a insuficiência cardíaca e arritmias cardíacas são exemplos de complicações mais graves da doença. (SALES et al., 2023).

Deve-se pensar na possibilidade de feocromocitoma em pacientes jovens com hipertensão arterial de início recente e de difícil controle, pessoas com história familiar de feocromocitoma,

indivíduos que apresentem choque, convulsões, cardiomiopatias sem uma causa bem definida, e pacientes com arritmias induzidas por anestesia ou por outras substâncias farmacológicas, como os contrastes iodados (STEWART, 2010).

A confirmação bioquímica e localização da lesão são fundamentais e obrigatórias para o diagnóstico de feocromocitoma. O diagnóstico laboratorial é sugestivo ao se encontrar valores altamente elevados nas dosagens das metanefrinas e normetanefrinas urinárias, em amostra de 24 horas, sendo mandatória a localização da massa tumoral. A tomografia computadorizada e a ressonância magnética de abdome apresentaram sensibilidade e especificidade superiores a 90%, tornando-se os exames de primeira escolha por permitir a localização adequada no tórax, abdômen e pelve, porém esses exames apresentam especificidade limitada. A cintilografia com metaiodobenzilguanidina (MIBG) possui uma sensibilidade de 77%-91% e uma especificidade de 96% a 100% tornando-se o teste de escolha para localização de tumores (URIBE et al., 2015).

O quadro clínico de feocromocitoma pode apresentar uma variedade de apresentações, sendo necessário a suspeição de possíveis diagnósticos diferenciais. Entre os diagnósticos endocrinológicos, destacam-se a tireotoxicose, a menopausa e o carcinoma medular de tireóide. Diante da suspeita de doenças cardiovasculares, pode-se estar diante de um quadro de hipertensão essencial, de edema agudo de pulmão, de miocardite, dentre outras possibilidades; Já para os distúrbios neurológicos ou psicológicos, o transtorno de ansiedade generalizada, a síndrome do pânico, a neuropatia autonômica, a epilepsia, a enxaqueca, e até mesmo o acidente vascular cerebral devem ser aventados como possíveis diagnósticos diferenciais, e não necessariamente consequências da doença (HUAYLLAS, 2009).

Para o tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica, deve-se utilizar antihipertensivos do tipo bloqueadores alfa-adrenérgicos, preferencialmente os alfa 1-seletivos (prazosina, doxazosina) e, secundariamente, antagonistas do canal de cálcio (nifedipina, anlodipina). Para o controle de taquiarritmia, o uso de beta-bloqueador só deve ser feito após o alfa-bloqueio efetivo, pois podem agravar os níveis pressóricos ao potencializar a ação sobre os receptores alfa (BRAVO et al., 2003).

A cirurgia para retirada do tumor é o tratamento curativo de escolha, e de preferência por videolaparoscopia. A cirurgia videolaparoscópica possibilita ao paciente uma recuperação mais rápida, menor tempo de internação, e menor risco de complicações. Antes do ato operatório é

obrigatório a realização do alfa-bloqueio, com antecedência de pelo menos sete dias. Recomendase hidratar o paciente na véspera da cirurgia para evitar a possibilidade de hipotensão arterial no pós-operatório (FARIA et al., 2007).

As taxas de sobrevivência após a cirurgia são próximas a 100% e altamente dependentes da habilidade da equipe. Se o tumor for unilateral, deve ser feita a ressecção em bloco de toda a glândula. Se for necessária a ressecção bilateral, o que resultará em insuficiência adrenocortical, deve-se administrar no ato operatório hidrocortisona, na dose de 50 a 100 mg IV, de 8 em 8 horas. Caso haja escape do alfa-bloqueio, com risco de crise adrenérgica intra-operatória, recomendase administrar nitroprussiato de sódio intravenoso. Se houver taquiarritmia, o uso de betabloqueadores intravenoso de ação rápida, como o metoprolol, deve ser preconizado (STEWART, 2010). Nos casos em que não é possível a remoção cirúrgica ou nos que há doença residual extensa, pode ser considerada a aplicação de quimioterapia combinada (VILAR et al., 2009).

Este relato descreve o caso de um paciente com diagnóstico tardio de feocromocitoma, no Sistema Único de Saúde. Merecem destaque os achados clínicos característicos da doença (crises de paroxismos), o grande tamanho do tumor (10,4 cm em seu maior diâmetro) e a associação com comorbidades, como diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. O processo diagnóstico e a estratégia de tratamento adotada pela equipe médica multidisciplinar, formada por médicos generalistas, endocrinologistas, urologistas e anestesistas, considerou a dificuldade de acesso à exames de maior complexidade, sendo solicitados exames laboratoriais e de imagem essenciais para o diagnóstico e planejamento cirúrgico. Dada a natureza rara da doença, o objetivo deste estudo é fornecer informações detalhadas das manifestações clínicas, do caminho que o paciente levou até o diagnóstico e das condutas da equipe para o adequado tratamento. O relato de caso tem por finalidade contribuir com informações para o reconhecimento e o manejo do paciente com feocromocitoma no Sistema Único de Saúde (SUS).

2 MÉTODOS

Este trabalho relata o caso de um paciente acompanhado pelo serviço de Endocrinologia e Metabologia do Ambulatório Professor Francisco Magalhaes Neto, e que foi encaminhado ao Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES), na cidade de Salvador na Bahia, para tratamento cirúrgico definitivo. O relato de caso respeita as normas do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012, referente à Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Foi explicado ao paciente o objetivo científico do trabalho e aplicado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados deste relato de caso foram obtidos através de resultado de exames apresentados pelo paciente em consulta médica no serviço de Endocrinologia e Metabologia do Hospital Universitário Professor Edgard Santos. Foi realizada a revisão de prontuário eletrônico (evoluções médicas e da equipe multiprofissional, interconsultas de especialistas, exames laboratoriais e exames de imagem), no que tange o acompanhamento da equipe médica multidisciplinar (Endocrinologia e Metabologia, Clínica Médica, Urologia e Anestesiologia). O recorte da imagem de peça cirúrgica foi cedido pelo serviço de Urologia da instituição, e a imagem de Tomografia Computadorizada, cedida pelo serviço de Radiologia da instituição. As imagens foram editadas a partir da plataforma ClearCanvas. O resultados do anatomopatológico foi disponibilizado pelo serviço de Patologia da instituição.

3 RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 56 anos, lavrador, tabagista ativo, procurou atendimento ambulatorial no sistema único de saúde, em unidade terciária, por diagnóstico de tumoração em adrenal direita há 1 ano. Na ocasião da consulta, foi informado o diagnóstico prévio de epilepsia, e há dois anos, de hipertensão arterial sistêmica resistente e diabetes mellitus tipo 2. Há dois anos cursa com quadro de dor abdominal, predominante em flanco direito, mais intensa no último ano, associada a episódios recorrentes de palpitação, mal estar e cefaleia intensa. Há um ano realizou tomografia de abdome total, sendo identificada tumoração em adrenal direita, sendo então encaminhado à consulta de endocrinologia. Na primeira consulta com endocrinologista, no Ambulatório Professor Francisco Magalhães Neto, foi solicitada dosagem de metanefrinas séricas e em urina de 24 horas. Em consulta de retorno, enquanto aguardava ser atendido, o paciente apresentou crise de paroxismo (cefaleia, sudorese e palpitação) associada a pico hipertensivo, sendo necessário o encaminhamento para o ponto atendimento da unidade. Na ocasião, apresentava dosagem de metanefrinas em urina de 24 horas superior a cinco mil. Já as dosagens de cortisol basal e de andrógenos estavam normais. A tomografia computadorizada de abdome com protocolo adrenal evidenciava grande lesão sólida na glândula adrenal direita, bem delimitada, pobre em gordura (densidade de 41 UH), heterogênea às custas de áreas de liquefação, medindo 10,4 x 9,9 x 9,3 cm (volume total de 418,5cm³), com “wash out” absoluto inferior a 60%, e glândula adrenal esquerda sem alterações. Foram afastadas outras alterações hormonais como alterações em paratireoide e tireoide. O paciente não tinha evidências de outras lesões sugestivas de neoplasia nem histórico familiar de síndromes genéticas associadas a feocromocitoma.

Após o diagnóstico de feocromocitoma, foi realizada discussão multidisciplinar entre as equipes de endocrinologia e urologia, sendo definido pelo internamento para o preparo préoperatório de adrenalectomia direita total. Após 14 dias do início do alfa-bloqueio com doxazosina (dose máxima utilizada de 6 mg/dia) e após 2 dias do beta-bloqueio com atenolol (dose de 25mg/dia), o paciente se encontrava clínica e hemodinamicamente apto para ser submetido à cirurgia. O procedimento cirúrgico ocorreu sem intercorrências, sendo realizado o desmame de droga vasoativa em unidade de terapia intensiva nas 48 horas de pós-operatório, e o paciente evoluiu com controle pressórico satisfatório, sem necessidade de uso de antihipertensivos ou hipoglicemiantes, e sem registros de novos episódios de crises de paroxismos. Recebeu alta hospitalar em boas condições clínicas e hemodinâmicas, apenas com recomendação de uso de medicações para controle álgico. Um mês após a cirurgia, em consulta de revisão, o paciente apresentou controles pressóricos normais, em registros de monitorização residencial de pressão

arterial, hemoglobina glicada no valor de 4,4%, e nova dosagem de metanefrinas em urina de 24 horas normal, sugerindo o controle da doença, e a associação da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus ao quadro clínico. O resultado de anatomopatológico foi compatível com feocromocitoma, sem extensão extra-glandular, sem embolização angiolímfática, sem figuras de mitose atípicas e sem infiltração peri-neural. O paciente manterá acompanhamento ambulatorial no serviço de endocrinologia e urologia, para investigação de recidiva da doença e controle de comorbidades. Aguarda resultado de imunoistoquímica e avaliação com equipe da onco-urologia.

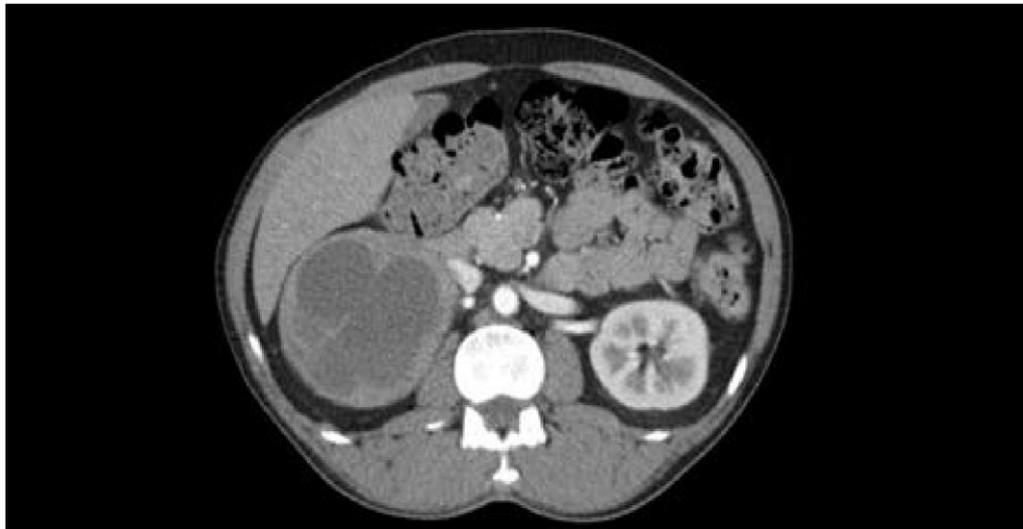


Figura 1 – Tomografia Computadorizada de abdome total (fase arterial) evidenciando grande tumoração em glândula adrenal direita, medindo em seu maior diâmetro 10,4cm.



Figura 2 - Peça anatômica após ressecção completa de Feocromocitoma, medindo aproximadamente 10,4 cm em seu maior diâmetro.

4 DISCUSSÃO

Este relato de caso descreve o quadro de um paciente com diagnóstico de Feocromocitoma gigante, com uma apresentação clínica típica da doença, por manifestar a tríade clássica de paroxismo. Chama atenção o tamanho do tumor, que media aproximadamente 10,4 cm em seu maior diâmetro, e a possível associação do diagnóstico com comorbidades como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e crises convulsivas. A maioria dos pacientes com quadro de Feocromocitoma apresenta sintomatologia ampla, estando a hipertensão arterial sistêmica entre 50 e 90% dos casos (MAGALHÃES et al, 2004). A riqueza de sintomas, as comorbidades relatadas no caso, e o tamanho do tumor, chamam atenção para dificuldade de acesso a um serviço médico especializado, pois o paciente não sabia ser portador de tal condição, e acabou recebendo diagnóstico tardio após acesso ao atendimento médico em serviço de alta complexidade.

A realização da dosagem das metanefrinas em amostra urinária de 24 horas é um teste muito utilizado diante da suspeita de Feocromocitoma (LENDERS et al., 2002). No caso em questão, os valores mostraram-se elevados, confirmando o diagnóstico bioquímico. Apesar da cirurgia por videolaparoscopia ser o tratamento curativo de escolha, optou-se pela cirurgia aberta devido às grandes dimensões do tumor. Após o adequado preparo pré-operatório, com a realização do alfa-bloqueio, seguido do beta-bloqueio, foi realizada a adrenalectomia direita. O procedimento ocorreu sem intercorrências, o que demonstra uma maior segurança à equipe ao adequar as condições clínicas e hemodinâmicas do paciente antes de submetê-lo à cirurgia.

Após a remoção cirúrgica do feocromocitoma, é esperado que os pacientes apresentem remissão dos sintomas e de algumas comorbidades associadas, como a hipertensão arterial sistêmica. Isso torna necessário a repetição de exames diagnósticos após a cirurgia, como a monitorização ambulatorial da pressão arterial, a nova dosagem de metanefrinas em unina de 24 horas, hemoglobina glicada, glicemia em jejum, dentre outros. A recidiva do tumor ocorre normalmente em cerca de 25% dos casos (AMAR et al, 2005). O paciente em questão apresentou remissão da hipertensão arterial sistêmica, do diabetes mellitus e das crises convulsivas, mas se faz necessário manter o acompanhamento médico a longo prazo devido ao risco de retorno das comorbidades. A doença pode recidivar de forma indolente, e os exames laboratoriais alterarem antes mesmo de os exames de imagem mostrarem recidiva do tumor.

5 CONCLUSÃO

O trabalho discutido descreveu um raro caso de feocromocitoma de grande dimensão, medindo 10,4 cm em seu maior diâmetro, diagnosticado após queixa de dor abdominal. O atraso ao acesso a um serviço médico de atenção terciária no Sistema Único de Saúde, retardou o diagnóstico do feocromocitoma, o que fez com que o paciente apresentasse complicações metabólicas associadas à doença, como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Este relato de caso ressalta a necessidade de uma equipe multidisciplinar para melhor definição do tratamento do paciente, individualizando cada caso para avaliar a necessidade de medicamentos e a técnica cirúrgica. Como se tratava de um paciente com precárias condições socioeconômicas e com baixo grau de escolaridade, que residia em uma cidade distante de Salvador, o internamento para preparo pré-operatório foi considerado a melhor alternativa para se conseguir controle clínico e hemodinâmico, afim de estar apto para a adrenalectomia direita. O preparo préoperatório é imprescindível para o sucesso da cirurgia, e reduz os riscos hemodinâmicos no intraoperatórios, associados à retirada do feocromocitoma. Além disso, vale ressaltar que é necessário realizar o acompanhamento a longo prazo após a cirurgia, já que existe a possibilidade de recidiva do tumor. Mesmo que o paciente tenha apresentado remissão das complicações associadas ao tumor, como no caso relatado, não se pode considerá-lo como curado, pois sabe-se que há possibilidade de persistência de lesões microscópicas, possibilitando a recidiva do tumor e o retorno das doenças associada ao feocromocitoma. Este relato de caso tem como contribuição evidenciar a necessidade de medidas individualizadas para o tratamento do feocromocitoma e a necessidade de acompanhamento adequado de pacientes no Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Guerrero MA, Schreinemakers JM, Vriens MR, et al. Espectro clínico do feocromocitoma. *J Am Coll Surg* 2009; 209:727.
2. Teixeira BL, Bernardo MO. Achado incidental de feocromocitoma após exame de imagem. *Rev da Fac Ciências Médicas Sorocaba* [Internet]. 2017 Nov 13;19(3):154. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/28669>.
3. Marques AP, Paiva I, Sapinho I, Belo S, Couto J, Azevedo T, et al. Feocromocitoma: estudo retrospectivo multicêntrico. *Rev Port Endocrinol Diabetes e Metab* [Internet]. 2016;11(2):156-62. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1646343916300062>.
4. Neumann HPH, Young WF Jr, Eng C. Pheochromocytoma and paraganglioma. *N Engl J Med*. 2019 Aug 8;381(6):552-65.
5. Sales P, Cercato C, Halpern A. O essencial em endocrinologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 2023. p. 22-31.
6. Stewart PM. O Córtex Suprarrenal. In: Kronenberg HM, Melmed S, Polonsky KS, Larsen PR, editors. *Williams Tratado de endocrinologia*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010. p. 376-426.
7. Uribea JD, González MR, Tamayo LJ. Manifestaciones inusuales del feocromocitoma. Reporte de caso y revisión de la literatura. *Rev. Colomb. Cardiol.* [online]. 2016, vol.23, n.2, pp.151.e1-151.e5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2015.06.013>.
8. Huayllas MKP, Kater CE. Feocromocitomas. In: Chacra AR, Schor N, editors. *Guia de Endocrinologia*. São Paulo: Manole; 2009. p. 261-74.
9. Bravo EL, Tagle R. Pheochromocytoma: state-of-the-art and future prospects. *Endocr Rev*. 2003 Aug;24(4):539-53.
10. Faria EF, Andreoni C, Krebs RK, Nascimento H, Goldman SM, Kater C, et al. Advances in pheochromocytoma management in the era of laparoscopy. *J Endourol*. 2007 Nov; 21(11):1303-

- 7.
11. Vilar L, Machado RJC. Feocromocitoma - Diagnóstico e Tratamento. In: Vilar L, Kater CE, Naves LA, Freitas MdC, Bruno OD, editors. Endocrinologia Clínica. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. p. 405-24.
12. Magalhães LC, Darze ES, Ximenes A, Santana O, Bastos J, Guimarães A. Miocardite aguda secundaria a feocromocitoma. Arq Bras Cardiol.2004;83(4):343-8.
13. Lenders JW, Eisenhofer G, Mannelli M, Pacak K. Pheochromocytoma. Lancet. 2005 Aug 20-26;366(9486):665-75.
14. Amar L, Servais A, Gimenez-Roqueplo AP, Zinzindohoue F, Chatellier G, Plouin PF. Year of diagnosis, features at presentation and risk of recurrence in patients with pheochromocytoma or secreting paraganglioma. J Clin Endocrinol Metab. 2005;90:2110-6.

ABORDAGEM DE FEOCROMOCITOMA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Autoras: **MARINA GEORGI PLATON REZEIRA**; JOAQUIM CUSTÓDIO DA SILVA JUNIOR; IANE GUSMÃO V. DOS ANJOS; FÁBIO SANTOS BELTRÃO; LUCAS PEREIRA FERREIRA; FRANCO ANDRÉS DEL POZZO; RAFAEL JONAS SARDÁ; SYLVIA MARCIA FERNANDES DOS SANTOS LIMA; IVA CAROLINE CHAVES DA SILVA JACOBINA; ALCINA MARIA VINHAIS BITTENCOURT;

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS - HUPES/UFBA, SALVADOR - BA - BRASIL.

CASO CLÍNICO

Sexo masculino, 56 anos, lavrador, encaminhado por tumoração em adrenal direita, vista em TC de abdome, solicitada por queixa de dor em flanco direito há 1 ano. Diagnóstico prévio de epilepsia, hipertensão arterial sistêmica resistente e diabetes mellitus tipo 2. Vinha apresentando crises de paroxismos (cefaleia intensa, palpitações e sudorese), com idas frequentes ao pronto atendimento. Solicitadas dosagem de metanefrinas em urina de 24 horas, que foi superior a 5.000 pg/ml, e dosagens de cortisol e andrógenos, que foram normais. Tomografia de abdome evidenciava lesão sólida na adrenal direita, bem delimitada, pobre em gordura (densidade de 41 UH), heterogênea, medindo 10,4 x 9,9 x 9,3 cm, com "wash out" absoluto inferior a 60%. Glândula adrenal esquerda sem alterações. Sem evidências de outras lesões sugestivas de neoplasia ou metástase. Considerado o diagnóstico de Feocromocitoma, após discussão multidisciplinar, foi definido pelo internamento para melhor acompanhamento do paciente, durante a realização do alfa e do beta bloqueios, seguidos de adrenalectomia direita. O procedimento cirúrgico foi realizado sem intercorrências. Resultado de anatomopatológico era compatível com Feocromocitoma, sem extensão extraglandular, sem embolização angio-linfática e sem infiltração peri-neural. Um mês após a cirurgia, o paciente retornou em consulta, com valor normal de hemoglobina glicada, valores normais de pressão arterial registrados em MRPA, sem necessidade de uso de anti-hipertensivos ou antidiabéticos orais, além de não ter notificado novas crises de paroxismos desde o pós-operatório.



Figura 1. Peça anômica de tumor adrenal (Feocromocitoma).

DISCUSSÃO

Feocromocitoma é uma neoplasia rara, secretora de catecolaminas, mais comum na 5ª década de vida. Na maioria dos casos, o tumor é descoberto incidentalmente em exames de imagem. HAS resistente e o DM2 estão diretamente relacionados e podem apresentar regressão após a remoção da neoplasia. Recorrência e metástases podem ocorrer décadas depois da cirurgia, sendo necessário o acompanhamento desses pacientes, mesmo que aparentemente curados (doença bioquimicamente silenciosa).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico de doenças raras na população brasileira pode ser retardado devido à dificuldade de acesso aos serviços de média e alta complexidade no SUS. A decisão pelo internamento logo após a consulta médica, considerou as limitações socioeconômicas do paciente e a possibilidade de agilizar a realização de exames e procedimentos necessários. Feocromocitomas não tratados determinam mortalidade precoce por complicações renais, cardíacas, cerebrais e vasculares. O preparo clínico é fundamental para o sucesso da cirurgia.

REFERENCIAS

1. Martin Fassnacht, Stylianos Tsagarakis, Massimo Terzolo, Antoine Tabarin, Anju Sahdev, John Newell-Price, Iris Felama, Ljiljana Marina, Kerstin Lorenz, Inés Bancos, Wiebke Arlt, Olaf M Dikkers, European Society of Endocrinology clinical practice guidelines on the management of adrenal incidentalomas, in collaboration with the European Network for the Study of Adrenal Tumors, European Journal of Endocrinology, Volume 185, Issue 1, July 2021, Pages G1–G42.
2. Groeben H, Walz MK, Nettekoven BI, et al. International multicentre review of perioperative management and outcome for catecholamine-producing tumours. Br J Surg 2020; 107:e170.
3. Lo CY, Lam KY, Wat MS, Lam KS. Adrenal pheochromocytoma remains a frequently overlooked diagnosis. Am J Surg 2000; 179:212.

Figura 3 – Anexo do Pôster de apresentação do relato de caso no Congresso Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia 2024.



Figura 4 – Anexo do Certificado de participação do Congresso Brasileiro de Endocrinologia e Metabolologia 2024.

**Central de
Certificados**

30º CONGRESSO BRASILEIRO
DE ENDOCRINOLOGIA
E METABOLOGIA
cbem 2024
11 A 15 DE OUTUBRO DE 2024
CENTRO DE CONFERÊNCIAS MARANHÃO
RECIFE, BRASIL

Página de busca / Certificados

MARINA CEDRO PLATON BEZERRA

Certificados

ADESÃO - INSCRIÇÃO PROJETO PRECEPTORIA

CURSOS - ENDOCRINOLOGIA DE EXERCÍCIO

PÔSTER - HYPOKALEMIC PERIODIC PARALYSIS: UNCOMMON PRESENTATION OF PRIMARY HYPERALDOSTERONISM

PÔSTER - LATE-ONSET ADRENOLEUKODYSTROPHY

PÔSTER - BERARDINELLI-SEIP DIAGNOSIS DURING THE COURSE OF PAPILLARY THYROID CARCINOMA WITH LYMPH NODE METASTASIS.

PÔSTER - MALIGNANT PHEOCHROMOCYTOMA WITH ATYPICAL MANIFESTATION IN A PATIENT WITH PULMONARY TB

PÔSTER - APPROACH TO PHEOCHROMOCYTOMA IN THE UNIFIED HEALTH SYSTEM

PÔSTER - PRIMARY HYPERPARATHYROIDISM DUE TO PROBABLE GIANT PARATHYROID CARCINOMA: CASE REPORT WITH FATAL OUTCOME

PÔSTER - KLINEFELTER SYNDROME WITH HYPOPITUITARISM: A RARE ASSOCIATION

PÔSTER - UNILATERAL GRAVES' ORBITOPATHY: A DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF CAROTID-CAVERNOUS FISTULA

Figura 5 – Anexo da Central de Certificados dos trabalhos apresentados no Congresso Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia 2024.

Título do Estudo: ABORDAGEM DE FEOCROMOCITOMA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Pesquisador Responsável: ALCINA MARIA VINHAES BITTENCOURT

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Senhor está sendo convidada a participar de um estudo do tipo relato de caso. Esse tipo de pesquisa é importante porque destaca alguma situação incomum e/ou fato inusitado do comportamento de uma doença e/ou outra condição clínica. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que a senhor não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-las.

A proposta deste termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o relato de caso e solicitar a sua permissão para que o mesmo seja publicado em meios científicos como revistas, congressos e/ou reuniões científicas de profissionais da saúde ou afins.

O objetivo desta pesquisa é relatar um caso de diagnóstico de hiperparatireoidismo primário devido à um adenoma de paratireoide de localização não usual, intratireoidiana, associado ao diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico. Uma associação rara, com poucos casos relatados na literatura.

Se o Sr. concordar com este relato de caso, a sua participação consistirá em responder a algumas perguntas durante o atendimento clínico no ambulatório e permitir que o pesquisador utilize seus dados clínicos para descrever o caso.

O risco de participar desta pesquisa, diz respeito a exposição de seus dados, contudo os pesquisadores lhe asseguram que nenhum dado que possa vir a identificá-lo será publicado e caso seja importante para o estudo a apresentação fotos ou figuras, elas serão devidamente camufladas e não serão utilizadas sem a sua autorização prévia. O Sr. terá livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o relato de caso e suas consequências, enfim, tudo o que queira saber antes, durante e depois da sua participação.

A pesquisa não lhe trará benefícios diretos, porém, contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado, e, poderá beneficiar futuros pacientes.

Sua participação neste relato de caso é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento durante a realização do relato de caso, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que a Senhora recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação neste estudo. Caso ocorra algum problema ou dano resultante deste relato de caso, a Sra. receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal e pelo tempo que for necessário. Garantimos indenização diante de eventuais fatos comprovados, com nexos causais com o relato de caso, conforme especifica a Carta Circular nº 166/2018 da CONEP.

Caso o Sr. tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Alcina Maria Vinhaes Bittencourt, pelo telefone 71999683718, endereço Rua Padre Feijó,

240, de terça a sexta das 07 as 12 horas e/ou pelo e-mail alcinavinhaes@gmail.com, com o pesquisador Marina Cedro Platon Bezerra, pelo telefone 71992198122 e pelo e-mail marinamcedro@hotmail.com ou com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/HUPES - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA; HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. EDGARD SANTOS- UFBA. Endereço: Rua Dr. Augusto Viana, S/n, 1º andar - Canela, SSA (BA) - Cep: 40.110-060, Telefone: 3646-3450 / Email: cep.hupes@ebserh.gov.br

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma do(a) Sr.(a) e a outra para os pesquisadores.

Declaração de Consentimento

Concordo em participar do estudo intitulado: ABORDAGEM DE FEOCROMOCITOMA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE : RELATO DE CASO

<p><u>MARIO DE JESUS FEITOSA</u> Nome do participante ou responsável</p> <p><u>Mario de Jesus Feitosa</u> Assinatura do participante ou responsável</p>	<p>Data: <u>12 / 12 / 24</u></p>
---	----------------------------------

Eu, Alcina Maria Vinahas Bittencourt declaro cumprir as exigências contidas nos itens IV.3 e IV.4, da Resolução nº 466/2012 MS.

<p><u>Alcina Maria Vinahas Bittencourt</u> Assinatura e carimbo do Pesquisador</p>	<p>Data: <u>12 / 12 / 24</u></p>
--	----------------------------------

Figura 6 – Anexo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por paciente e pesquisador.