

Caso clínico

Diabetes insípida. . . um indício para o diagnóstico de sarcoidose



Eduarda Resende^{a,*}, Mónica Caldeira^b, Ema Freitas^b, Maritza Sá^a,
Margarida Ferreira^a e Silvestre Abreu^a

^a Serviço de Endocrinologia, Hospital Central do Funchal, Funchal, Região Autónoma da Madeira, Portugal

^b Serviço de Medicina Interna, Hospital Central do Funchal, Funchal, Região Autónoma da Madeira, Portugal

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Recebido a 11 de dezembro de 2013

Aceite a 12 de junho de 2014

On-line a 25 de julho de 2014

Palavras-chave:

Neurosarcoidose

Diabetes insípida

Prova de desidratação

R E S U M O

O atingimento do sistema nervoso central pela sarcoidose é uma entidade rara, presente em cerca de 5% dos casos. A diabetes insípida, o hipogonadismo e a hiperprolactinemia são as manifestações endócrinas mais comuns.

Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino, caucasiano, 40 anos de idade, com quadro clínico com evolução de 6 meses caracterizado por sede excessiva e preferência por bebidas frias, com polidipsia (5–6 litros de água por dia) e poliúria (5–6 litros por dia). Como antecedentes relevantes a realçar nefrolitíase. Foi pedida uma ressonância magnética da hipófise que revelou: «ausência de hipersinal da hipófise posterior na ponderação T1 e alargamento da haste hipofisária». O doente foi então orientado à consulta de endocrinologia, tendo ficado internado para efetuar prova de restrição hídrica. Confirmou-se diabetes insípida central com défice parcial de arginina-vasopressina (AVP), de etiologia a esclarecer. Os outros doseamentos hormonais estavam normais. Analiticamente apresentava hipercalcemia e elevação da enzima conversora da angiotensina, pelo que no internamento se pediu uma telerradiografia de tórax que mostrou adenopatia hilar bilateral e infiltrado reticulo-intersticial difuso. Perante a suspeita clínica de sarcoidose, foram efetuados cintigrafia com gálio⁶⁷, lavado broncoalveolar e biópsia transbrônquica, com confirmação deste diagnóstico. O doente foi medicado com desmopressina intranasal (20 µ/dia) e prednisolona oral (40 mg/dia), atualmente com remissão dos sintomas.

Os autores pretendem realçar a diabetes insípida como manifestação inicial que levou ao diagnóstico de sarcoidose, até então desconhecida neste doente. É feita uma breve revisão da literatura no âmbito destas patologias.

© 2013 Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos os direitos reservados.

Diabetes insipidus. . . a clue to the diagnosis of sarcoidosis

A B S T R A C T

Central Nervous System involvement by sarcoidosis is a rare condition, present in only about 5% of cases. Diabetes insipidus, hypogonadism and hyperprolactinemia are the most common endocrine manifestations.

A 40-year-old caucasian male presented with a 6-month history of progressive thirst and preference for cold water, polydipsia (5–6 liters/day of fluids) and polyuria (5–6 liters/day). He had a personal history of nephrolithiasis. He was ordered a pituitary magnetic resonance image (MRI) which shown “an enlarged infundibular stalk and absence of the posterior pituitary bright spot on T1 – weighted images”. He was then referred to Endocrinology Department, where he performed a water restriction test. Central diabetes insipidus was confirmed, with partial deficit of arginine-vasopressine (AVP), of unknown etiology. The other hormone levels were normal. In the blood analysis it was noticed hypercalcemia and elevation of angiotensine converting enzyme (ECA), so the patient was ordered a chest x-ray which shown bilateral enlargement of hilar lymph nodes and pulmonary infiltrates.

Keywords:

Neurosarcoidosis

Diabetes insipidus

Dehydration test

* Autor para correspondência.

Correios eletrónicos: edu.bene84@gmail.com, edu.bene@hotmail.com (E. Resende).

As sarcoidosis was suspected, the patient did a Ga⁶⁷ – citrate scintigraphy, a bronchoalveolar lavage and a transbronchial biopsy, and the diagnosis was confirmed. The patient was started on intranasal desmopressin (20 µ/day) and prednisolone (40 mg/day), with symptomatic remission.

The authors want to emphasize the diabetes insipidus as the initial manifestation which led to the diagnosis of sarcoidosis, unknown in this patient. A brief revision of the literature is made focusing on these diseases.

© 2013 Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introdução

A diabetes insípida (DI) é uma síndrome caracterizada clinicamente por excreção de grande quantidade de urina diluída e ingestão de grandes quantidades de fluidos. Existem 2 formas principais de DI: central (défice de arginina – vasopressina [AVP]) ou nefrogénica (resistente à AVP). A DI de origem central normalmente resulta de lesões que envolvam o eixo hipotálamo – neuro-hipofisário.

A DI no contexto de sarcoidose é invulgar, uma vez que esta doença granulomatosa só afeta o sistema nervoso central (SNC) em cerca de 5% dos casos¹. A sarcoidose é uma doença sistémica granulomatosa de etiologia indeterminada. A incidência estimada é de cerca de 11 por 100.000 pessoas em caucasianos e de 36 por 100.000 na raça negra, e normalmente manifesta-se antes dos 40 anos. Pode, no entanto, ocorrer em todas as raças e idades². Os órgãos mais frequentemente atingidos são os pulmões e gânglios linfáticos.

Quando ocorre atingimento do SNC, este é habitualmente leptomeníngeo e vascular, e pode envolver as meninges, nervos cranianos, o hipotálamo, a haste hipofisária e a hipófise³. O hipogonadismo e a hiperprolactinemia, juntamente com a DI, são as manifestações endócrinas mais frequentes⁴. Relativamente aos sintomas atribuíveis à neurosarcoidose, a poliúria e polidipsia são os mais comuns, uma vez que são relatados em cerca de 33% dos doentes⁵. A realçar que um doente com deficiência concomitante de hormona adrenocorticotrófica (ACTH) pode ter uma DI «mascarada» por deficiência de glucocorticoides⁶.

A DI nefrogénica no contexto de sarcoidose é também possível, uma vez que esta doença muitas vezes cursa com hipercalcemia e nefrocalcinose, 2 etiologias possíveis de DI com resistência à ação da AVP.

Os autores apresentam o caso de um doente cujo diagnóstico de sarcoidose foi feito a partir de sintomatologia inicial compatível com DI.

Descrição do caso

Doente do sexo masculino, 40 anos, caucasiano, com antecedentes pessoais de nefrolitíase (seguido por urologia) e sem medicação habitual. Sem outros antecedentes pessoais de relevo e sem história familiar significativa. Por apresentar história de poliúria (cerca de 5-6 L por dia, levantando-se várias vezes durante a noite para urinar) e polidipsia (cerca de 4-5 L por dia de ingestão de água, com preferência por líquidos frios), recorreu a um médico urologista, que lhe solicitou uma ressonância magnética (RM) hipofisária. Na RM constatava-se «alargamento da haste hipofisária e ausência do habitual hipersinal da neuro-hipófise na ponderação T1 – compatível com DI central» (figs. 1 e 2). O doente foi então referenciado à consulta de endocrinologia para estudo da sua situação clínica. Relativamente aos sintomas, o doente confirmava a poliúria e polidipsia, com evolução de cerca de 6 meses; referia também astenia e tosse seca. Negava febre e perda ponderal, assim como outra sintomatologia sistémica; negava também cefaleias, alterações visuais, desejo sexual hipoativo ou impotência. Ao exame físico não tinha alterações de relevo. Ficou internado no serviço de endocrinologia

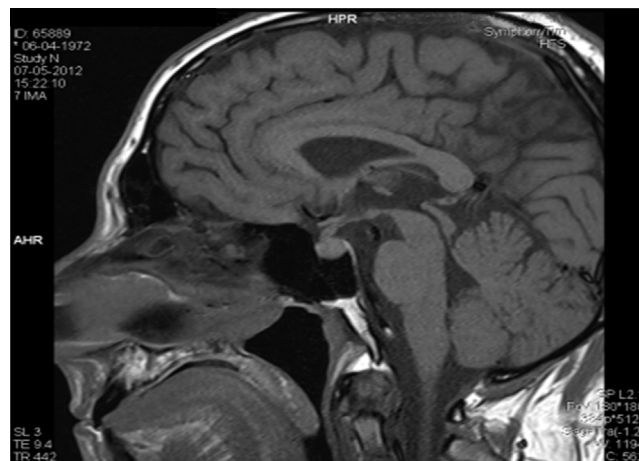


Figura 1. RM hipofisária (ponderação T1) em corte sagital: de notar a ausência do habitual hipersinal em T1 da hipófise posterior.

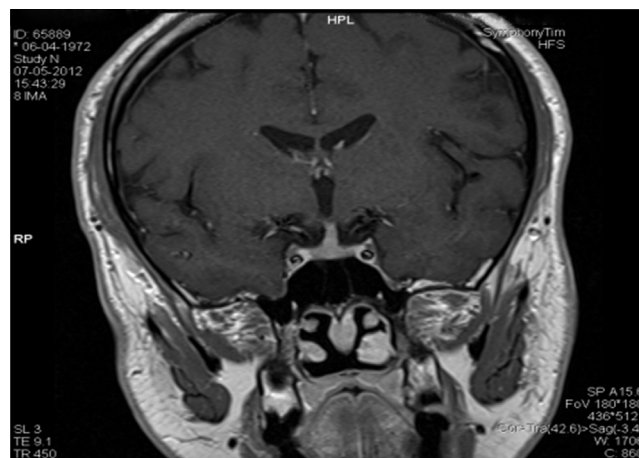


Figura 2. RM hipofisária (corte coronal) em ponderação T1: de realçar o alargamento da haste hipofisária.

para estudo analítico e hormonal basal e realização de prova de restrição hídrica para confirmação de suspeita clínica de DI.

Análiticamente foram excluídas diabetes mellitus e insuficiência renal – glicose plasmática em jejum de 85 mg/dl, ureia de 40 mg/dl (valores de referência [V.R.] entre 8-50), creatinina de 0,9 mg/dl (V.R.: 0,7-1,2). O ionograma estava também normal: sódio de 140 mEq/L (V.R.: 135-145), potássio de 4,2 mEq/L (V.R.: 3,5-5). No entanto, apresentava hipercalcemia discreta, com cálcio sérico de 10,78 mg/dl (V.R.: 8,9-10,3). O estudo hormonal basal não revelava alterações: prolactina de 5 µg/L (V.R.: <17 µg/L), FSH de 11 UI/L (V.R.: 2-17), LH de 8 UI/L (V.R.: 4-18), testosterona total de 588 ng/dl (V.R. 350-890 ng/dl), TSH de 2,2 mU/L (V.R.: 0,5-4,7), T4 livre de 0,9 ng/ml (V.R.: 0,6-1,2), ACTH às 8 h da manhã de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3278365>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3278365>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)