

**FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

#### Departamento de Clínica Médica

### REUNIÃO CLÍNICA

**ANO 2015** **Número 22**

***Dia:*** 28.08.2015 ***Local:*** Anfiteatro do CEAPS

***Horário:*** 7H30 ***Modalidade:*** Discussão de Caso Clínico

 ***Relatores:*** Prof. Dr. Francisco José Albuquerque de Paula

CASO NOVO – 02/04/2012

**MCL, 77 anos, casado, aposentado, natural e procedente de Santa Rita do Passa Quatro**.

**QP:** tontura e perda de força muscular há 02 anos.

**HMA:** informa a filha que o paciente tem diagnósticos de hipertensão arterial e diabetes mellitus há cerca de 25 e 10 anos, respectivamente. Aos 70 anos, foi encaminhado a nefrologista por ter apresentado retenção de escórias nitrogenadas. Clinicamente o paciente estava bem, mostrava discreta elevação de creatinina (1,6 mg/dl) e tinha à época dosagens de hormônios tireoidianos normais. O nefrologista suspendeu metformina e orientou retorno após 6 meses. No entanto, o paciente perdeu seguimento, retornando após cerca de 7 anos. Segundo a filha, o mesmo ficou bem até 2010. Nesta época, foi feito diagnóstico de câncer de próstata e o paciente foi submetido à radioterapia. Após o tratamento, apresentou 02 episódios de lipotimia e, em avaliação com neurologista, foi diagnosticado hipotireoidismo (TSH=373mUI/L). Foi iniciado tratamento com levotiroxina em doses crescentes até 125mcg. O paciente ficou bem até o final de 2011.

Em dezembro de 2011 foi detectada deficiência de vitamina D (25-OHD= 16 ng/ml), sendo então prescritos calcitriol 0,25 µg/dia e vitamina D3 2000 UI/dia. Na segunda quinzena de janeiro, o paciente começou a apresentar fraqueza muscular e perda acentuada de peso, tendo emagrecido cerca de 30 Kg. Nesta situação, o paciente retornou ao nefrologista, o qual detectou taxa circulante de cálcio elevada (16 mg/dL) e aumento de creatinina (5,7 mg/dL). Devido à hipercalcemia, o paciente foi medicado com pamidronato em 03 sessões com intervalo de duas semanas entre elas. O mesmo foi avaliado quanto a etiologia de hipercalcemia, sendo detectada apenas elevação de vitamina D.

Em abril de 2012, o paciente fez consulta neste hospital ainda bastante debilitado com intensa fraqueza muscular, tendo dificuldade para suportar o próprio peso. Neste momento, já referia alguma melhora do apetite, mas não sabia referir sobre ganho de peso. Novos exames foram solicitados para esclarecimento diagnóstico.

**IDA:**

Geral: indisposição, perda de peso, perda da capacidade de andar.

Cabeça: nega cefaleia, atualmente refere tontura.

Ap respiratório: nega tosse, expectoração, dispnéia.

Ap cardiovascular: nega palpitação, edema, dispnéia, dispnéia paroxística noturna.

Ap gastrointestinal: refere três episódios de sangramento intestinal baixo com diagnóstico de angiodisplasia, fez transfusão mas ainda permanece anêmico.

Ap. gênito-urinário: nega litíase urinária, teve piora da função renal com o início da hipercalcemia.

Sistema endocrinológico: tem hipotireoidismo, nega sintomas de diabetes atualmente, nega perda de campo visual.

**Antecedentes pessoais**: cirurgia de colecistectomia, RTU devido à hiperplasia de próstata, fez radioterapia para câncer de próstata.

**Antecedentes familiares**: refere diabetes e hipotireoidismo frequentes. Pai faleceu por câncer intestinal e mãe teve Alzheimer.

**Antecedentes psicossociais**: nega tabagismo e etilismo.

**Medicamentos em uso**: L-tiroxina 125mcg/dia, sertralina (50 mg/dia), omeprazol (20mg), furosemida/amilorida 40/10 mg, ivabradina 5mg 12/12h, atorvastatina 10 mg/dia.

**Exame físico:** Peso= 64,5Kg, Altura= 175,5 cm

 Pulso= 68bpm PA= 80 x 60mmHg.

REG, eupnéico, afebril, hipocorado 2+/4+, anictérico, consciente, orientado no tempo e no espaço, porém com raciocínio lentificado.

Tireóide não palpável, sem adenomegalia cervical.

Ap resp: expansibilidade diminuída, MV bilateral e normal, sem ruídos adventícios.

Ap cvc: RC em 2T, bulhas hipofonéticas.

Abdomen: não doloroso, sem visceromegalia ou tumorações.

MMII sem edemas.

HD: Hipercalcemia a esclarecer

 - Intoxicação por vitamina D?

 - Síndrome paraneoplásica?

 Hipotireoidismo primário

 Câncer de próstata

 DM tipo 2 / HAS / Dislipidemia