

Página de título

Título:

O desafio do manejo clínico e cirúrgico de um infarto agudo do miocárdio simultaneamente à uma síndrome neurológica compressiva aguda por adenoma de hipófise: um relato de caso.

The challenge of clinical and surgical management of an acute myocardial infarction simultaneously with an acute neurological compressive syndrome due to a pituitary adenoma: a case report.

Autores:

Mirian Silva dos Santos¹, Samantha Cristiane Lopes¹, Márcio José Paes^{1,2}, Paola de Lima¹

Afiliação:

¹ Núcleo de Pesquisa em Ciências Médicas: investigações em saúde - NPCMed, Faculdade de Medicina, Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí - UNIDAVI, Rio do Sul, Santa Catarina, Brasil.

² Hospital Regional Alto Vale - HRAV, Rio do Sul, Santa Catarina, Brasil.

Manuscrito

Título

O desafio do manejo clínico e cirúrgico de um infarto agudo do miocárdio simultaneamente à uma síndrome neurológica compressiva aguda por adenoma de hipófise: um relato de caso.

Resumo

A expressão síndrome coronariana aguda representa um grupo de sinais e sintomas num paciente que exibe provas clínicas e/ou laboratoriais da ocorrência de uma isquemia aguda do miocárdio. Este conceito engloba o infarto agudo do miocárdio, que representa a mais importante causa de óbito no Brasil e no Mundo. Os adenomas hipofisários, por sua vez, são tumores benignos, e encontram-se entre os tumores intracranianos mais frequentes, correspondendo a 9 a 15% dos tumores intracranianos detectados em séries de autópsia, e em séries radiológicas, podem alcançar até 22 a 23% dos casos. Este estudo trata-se do relato de um caso da ocorrência simultânea de um infarto agudo do miocárdio e uma síndrome neurológica compressiva aguda, por adenoma hipofisário, ambas graves, e os desafios encontrados para a decisão médica a respeito da prioridade de tratamento. Na prática diária, a diferenciação entre urgência e emergência pode ser complexa. No caso em questão, embora a compressão neurológica implicasse no risco de perda irreversível da visão, a equipe decidiu priorizar a abordagem cardíaca, em detrimento da tentativa imediata de preservar a visão. A decisão considerou o risco iminente de óbito por instabilidade hemodinâmica diante de alguma descompensação durante o procedimento neurológico.

Descritores: Infarto agudo do miocárdio. Adenoma hipofisário. Urgência. Emergência. Relato de caso.

Abstract

The expression acute coronary syndrome represents a group of signs and symptoms in a patient that exhibits clinical and/or laboratory evidence of the occurrence of an acute myocardial ischemia. This concept encompasses acute myocardial infarction, which represents the most important cause of death in Brazil and worldwide. Pituitary adenomas, in turn, are benign tumors, and are among the most frequent intracranial tumors, corresponding to 9 to 15% of intracranial tumors detected in autopsy series, and in radiological series, they can reach up to 22 to 23% of the cases. This study is a case report of the simultaneous occurrence of an acute myocardial infarction and an acute neurological compressive syndrome, due to a pituitary adenoma, both serious, and the challenges encountered for the medical decision regarding the priority of treatment. In daily practice, differentiating between urgency and emergency can be complex. In the case in question, although neurological compression implied the risk of irreversible vision loss, the team decided to prioritize the cardiac approach, to the

detriment of the immediate attempt to preserve vision. The decision considered the imminent risk of death due to hemodynamic instability due to some decompensation during the neurological procedure.

Keywords: Acute myocardial infarction. Pituitary adenoma. Urgency. Emergency. Case report.

Introdução

A expressão Síndrome Coronariana Aguda (SCA) representa um grupo de sinais e sintomas num paciente que exhibe provas clínicas e/ou laboratoriais da ocorrência de uma isquemia aguda do miocárdio, decorrente de um desequilíbrio entre a entrega e a necessidade de oxigênio para o coração⁽¹⁾. Este conceito engloba o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), que representa a mais importante causa de óbito no Brasil e no Mundo, sendo a instabilização da placa aterosclerótica é o principal aspecto fisiopatológico⁽²⁾.

Os adenomas de hipófise são tumores benignos, e encontra-se entre os tumores intracranianos mais frequentes⁽³⁾. Correspondem a 9 a 15% dos tumores intracranianos detectados em séries de autópsia, e em séries radiológicas, podem alcançar até 22 a 23% dos casos⁽⁴⁾. São classificados quanto a sua origem celular (em gonadotrofo, corticotrofo, lactotrofo, somatotrofo ou tireotrofo) e tamanho (em microadenoma quando menor que 1 cm, e macroadenoma quando maior ou igual a 1 cm). Em torno de 65 a 70% dos adenomas secretam quantidades elevadas de hormônios, e o restante é “silencioso”, ou clinicamente não funcional⁽⁵⁾.

Este trabalho busca relatar um caso de ocorrência de um infarto agudo do miocárdio, cujo tratamento deu-se simultaneamente à precipitação de uma síndrome neurológica compressiva aguda, gerada por um adenoma de hipófise, que assim como a condição cardíaca, necessitava de abordagem imediata. O objetivo deste relato é discutir os desafios médicos na decisão de prioridades de tratamento, bem como os fatores que devem ser considerados no contexto dessas duas patologias. Este relato de caso seguiu os preceitos do guidelines CARE.

Metodologia

Para a elaboração deste relato, foram coletados dados do prontuário médico, que se encontra em um hospital terciário do Estado de Santa Catarina. O acesso ao prontuário foi previamente autorizado pelo paciente, por meio do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), pelo guardião de prontuários da instituição e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer consubstanciado número 5.777.994). Os dados obtidos foram discutidos à luz da literatura científica.

Relato do caso

Paciente masculino, 55 anos, portador de hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemia, hipotireoidismo e hipopituitarismo, com histórico de cirurgia de ressecção de adenoma hipofisário. Foi admitido na emergência de um hospital terciário, após ter sido encaminhado da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) por queixa de precordialgia pós esforço, com irradiação para o membro superior esquerdo e melhora ao repouso.

Foi realizado um eletrocardiograma (ECG), que não evidenciou alterações, e a dosagem sérica seriada de marcadores de necrose miocárdica, que apresentaram elevação (Quadro 1). O paciente foi tratado para IAM (Quadro 2) e internado para realização de cateterismo cardíaco (CAT), executado no dia seguinte. O CAT demonstrou artérias coronárias com aterosclerose significativa triarterial, com indicação de Cirurgia de Revascularização Miocárdica (REVASC). No mesmo dia, o paciente apresentou hematêmese e epistaxe, controlados pela equipe, sendo mantido internado, aguardando vaga para realização da cirurgia cardíaca, e sob anticoagulação - Enoxaparina na dose de 160 mg por dia, via subcutânea (SC) no 2º dia de internação.

No 15º dia de internação, apresentou cefaléia occipital intensa, associada a náuseas e vômitos, evoluindo com turvamento visual no 16º dia. Ao exame neurológico, apresentava Glasgow 15 e pupilas isocóricas e fotorreativas. Foi realizada uma Tomografia Computadorizada (TC) de crânio, que evidenciou uma formação ovalada indeterminada junto a hipófise/carótida interna esquerda. Não havia sinais de hemorragia aguda.

Diante disso, foi realizada uma Angiorressonância Magnética (Angio-RM) arterial do encéfalo, que mostrou uma lesão sólida selar e supra-selar, de localização central e paramediana à esquerda, promovendo leve deslocamento da artéria carótida interna esquerda, medindo cerca de 2,2 x 1,8 x 1,7 cm. No 17º dia de internação, o paciente apresentou um novo episódio de êmese em grande quantidade, e ao exame neurológico apresentava oftalmoplegia à esquerda e comprometimento visual. Dado o histórico clínico do paciente, tais achados foram sugestivos de macroadenoma com um componente de apoplexia. Exames laboratoriais demonstraram um perfil não funcional deste tumor. Foi feita a redução da dose da anticoagulação (Enoxaparina 40 mg por dia, SC).

Foi reunida uma junta médica composta pela neurocirurgia, anestesiologia e cirurgia cardíaca, a fim de discutir o manejo seguro do paciente. A neurocirurgia indicou a realização de uma cirurgia de emergência para ressecção do macroadenoma hipofisário, via endoscópica nasal, a fim de impedir a perda irreversível da visão à esquerda, e descomprimir o nervo oculomotor. Contudo, a avaliação pré-anestésica apontou alto risco cirúrgico frente a coronariopatia triarterial grave, e sugeriu a realização da REVASC primeiro.

As equipes entraram em consenso a favor da intervenção cardíaca como primeiro passo, seguindo-se com a neurocirurgia assim que o paciente estivesse estável. No 19º dia de internação foi realizada a REVASC, com a confecção de quatro pontes. Não houveram intercorrências cardíacas, e no pós-operatório o paciente apresentava, ao exame físico, bulhas cardíacas rítmicas, normofonéticas, sem sopros e ritmo sinusal ao cardioscópio. No mesmo dia, ao exame neurológico, o paciente evoluiu com anisocoria e ausência de reflexo fotomotor, com persistência da oftalmoplegia à esquerda.

No 23º dia de internação, foi realizada a ressecção do macroadenoma por via transesfenoidal. Após o procedimento, ao exame físico o paciente apresentava persistência da anisocoria e da ausência de reflexo fotomotor, hemianopsia temporal esquerda, ptose palpebral e déficit do terceiro nervo craniano, na adução nasal esquerda. O paciente recebeu alta hospitalar no 30º dia de internação, sem

alterações cardiovasculares ao exame físico e referindo melhora da visão, apesar da persistência das alterações neurológicas identificadas após o procedimento de ressecção.

Discussão

A apoplexia hipofisária trata-se da ocorrência de uma hemorragia e/ou infarto agudo na hipófise, que causa um aumento súbito do volume intra selar, o qual pode culminar em cefaléia, paralisia de nervos cranianos, comprometimento visual, incontinência e até deficiências hormonais. Frequentemente, essa condição relaciona-se a um adenoma, sendo os macroadenomas não funcionantes e os prolactinomas os mais propensos. Ainda, a apoplexia pode acontecer em associação com terapia anticoagulante, HAS, diabetes mellitus, dentre outros⁽⁶⁾.

O paciente em questão, além de ser portador de HAS e apresentar histórico prévio de adenoma hipofisário, ao ser internado, recebeu anticoagulação durante 15 dias, a fim de evitar eventos trombóticos, momento no qual os sintomas neurológicos tiveram destaque.

O comprometimento visual decorre do efeito compressivo causado pelo adenoma sobre o quiasma óptico, os tratos ópticos ou os nervos ópticos, e se for intenso ou prolongado pode culminar em atrofia irreversível do nervo e comprometimento permanente da visão. O déficit ocular motor, por sua vez, é causado pela compressão dos nervos cranianos oculomotor (NCIII), troclear (NCIV) e abducente (NCVI), levando a paralisia da musculatura ocular, que se apresenta como oftalmoplegia, ptose, estrabismo e diplopia⁽⁶⁾⁽⁷⁾.

Diante disso, é provável que os sintomas compressivos evidenciados em nosso paciente, ocorreram pela precipitação da apoplexia no macroadenoma, o qual não era clinicamente evidente até o momento. O sangramento, favorecido pela anticoagulação, possivelmente formou um hematoma local, que levou a compressão das estruturas adjacentes, no caso os nervos cranianos NCIII, NCIV e NCVI e o quiasma óptico. Isso explica a perda visual e os déficits motores na musculatura ocular.

A abordagem das urgências e das emergências, embora não haja uma exatidão conceitual desses termos na literatura, considera-se, de forma difundida, que ambas as situações clínicas são condições que demandam interferência médica imediata para que não ocorram desfechos prejudiciais graves. Na emergência, contudo, existe o perigo de óbito, enquanto que o termo urgência engloba as demais situações graves, nas quais não há essa ameaça⁽⁸⁾.

No caso em questão, a compressão do quiasma óptico e do nervo oculomotor precisava de reversão imediata, ou o paciente poderia perder a visão. Mesmo diante da gravidade da condição, esta não implicava em risco de morte, sendo classificada como uma urgência médica. Por outro lado, ainda que o paciente se apresentasse estável do ponto de vista hemodinâmico, se houvesse qualquer descompensação neste contexto, principalmente em decorrência de qualquer procedimento ou efeito de alguma droga durante a intervenção neurológica, a presença insuficiência coronariana grave poderia implicar em uma emergência médica devido ao risco de óbito.

Levando em consideração o exposto, as equipes médicas envolvidas no manejo do paciente decidiram, em consenso, pela priorização da abordagem cardíaca primeiro, em detrimento da tentativa imediata de preservação da visão.

Conclusão

Na prática médica diária a diferenciação entre urgência e emergência pode ser complexa, e a literatura atual carece de mais estudos a esse respeito. No caso em questão, embora a compressão neurológica implicasse no risco de perda irreversível da visão, não havia risco de óbito, sendo classificada como urgência médica. Por outro lado, a presença de insuficiência coronariana grave poderia culminar em instabilidade hemodinâmica potencialmente fatal, diante de qualquer descompensação durante a cirurgia neurológica. Dessa forma, a equipe médica decidiu priorizar a abordagem cardíaca primeiro, em detrimento da tentativa imediata de preservação da visão.

Referências Bibliográficas

1. Begnini L, Magalhães Botton M, Pimentel Franco G, et al. Perfil e desfecho clínico/cirúrgico de pacientes pós diagnóstico de síndrome coronariana aguda: uma revisão integrativa. 2021.
2. Nicolau JC, Feitosa GS, Petriz JL, et al. Diretrizes da sociedade brasileira de cardiologia sobre angina instável e infarto agudo do miocárdio sem supradesnível do segmento ST – 2021. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. Jul 2021 [citado 14 maio 2023];117(1):181-264. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20210180>
3. Alexandra Santos Bandarrinha P. Radiocirurgia e radioterapia estereotáxica no tratamento de adenomas hipofisários [Dissertação de mestrado]. Porto: Universidade do Porto; 2022
4. Pinheiro de Oliveira E, Costa Lima Maia R, Gondim J, et al. A epidemiologia de adenomas hipofisários em um hospital de referência. *Arq Bras Neurocir*. 2018.
5. Peter J S. Clinical manifestations and diagnosis of gonadotroph and other clinically nonfunctioning pituitary adenomas. 2014.
6. Cavalcante de Vasconcelos R. Fluxograma de atendimento de apoplexia hipofisária elaborado a partir do perfil de pacientes atendidos em hospital terciário de Fortaleza entre os anos de 2001 e 2015 [Dissertação de mestrado]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2020.
7. Abouaf L, Vighetto A, Lebas M. Neuro-ophthalmologic exploration in non-functioning pituitary adenoma. *Annales D'Endocrinologie* , 2015, pp. 210–219. Acessado em 26 de maio de 2023.
8. Mena H, Piacsek G, Vieira da Motta M. Urgência e emergência. os conceitos frente às normas administrativas e legais e suas implicações na clínica médica. *Saude Etica Amp Justica* [Internet]. 12 dez 2017 [citado 14 maio 2023];22(2):81-94. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v22i2p81-94>

Quadros (Material Suplementar)

Quadro 1 - Dosagem de marcadores de lesão miocárdica.

Marcador	1ª coleta	2ª coleta	3ª coleta
Troponina	16 pg/mL	14,4 pg/mL	26,8 pg/mL
CPK	97 U/L	782 U/L	Não consta
CKMB	32 U/L	95 U/L	Não consta

Quadro 2 - Medicações administradas no primeiro dia de internação.

Medicamento	Dose	Via de Administração
Ácido Acetilsalicílico	100mg	Oral
Ticagrelor	90mg	Oral
Enoxaparina	60mg	Subcutâneo
Espironolactona	25mg	Oral
Omeprazol	40mg	Endovenoso