



7 A 9 DE
DEZEMBRO

Minascentro
Av. Augusto de Lima, 785 - Centro, Belo Horizonte - MG



Trabalhos Científicos

Título: Tumor Adrenal Em Recém Nascida Feminina Com Alteração Na Triagem Neonatal Para Hiperplasia Adrenal Congênita E Virilização Leve: Relato De Caso

Autores: MÁRCIA INÊS BOFF (HOSPITAL GERAL DE CAXIAS DO SUL), LUCIANE BOEIRA AMARAL (HOSPITAL GERAL DE CAXIAS DO SUL), EDUARDO SPADARI DE ARAÚJO (HOSPITAL GERAL DE CAXIAS DO SUL), MARÍLIA HOJAIJ CARVALHO RONCHETTI (HOSPITAL GERAL DE CAXIAS DO SUL), KÁRITA CRISTINA NAVES CORBELLINI (HOSPITAL GERAL DE CAXIAS DO SUL), FLORIANO RODRIGUES RIVA NETO (CPM LABORATÓRIO DE PATOLOGIA), NILA CAROLINA ARNEZ CAMACHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE), LUÍSA SCHNARNDORF BARBOSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE), POLI MARA SCHNARNDORF BARBOSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL), SONIR RAUBER ANTONINI (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), CRISTIANE KOPACEK (SRTN - HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRESIDENTE VARGAS)

Resumo: Tumores adrenocorticais (TAC) são tumores raros das glândulas suprarrenais, representando 0,2% das neoplasias malignas da infância. Sua incidência anual mundial é 0,3 casos por milhão, sendo mais frequente no sul e sudeste brasileiro devido à alta prevalência da mutação germinativa TP53. Assim como a hiperplasia adrenal congênita (HAC), TAC podem levar a quadro de virilização, por excesso de produção de androgênios. Em ambas as situações pode-se observar níveis elevados de testosterona, contudo o marcador dos TAC é o dehidroepiandrosterona-sultato (DHEA-S) e da HAC a 17OH progesterona (17OHP). Relatar o caso de uma recém nascida (RN) feminina (RN) com virilização leve e diagnóstico final de TAC. Estudo de caso, testagem de 17OHP neonatal no Teste do Pezinho (TP) por imunofluorimetria, avaliação clínica, estudo de imagem e investigação hormonal, procedimento cirúrgico (PC), exame anatomo-patológico (AP). RN nascida de 36+3 semanas de idade gestacional, peso ao nascer 3135g, aos 14 dias, apresentou alteração da 17OHP do TP coletado no 4º dia de vida (dv), com resultado de 49 ng/ml (VR<18 ng/ml). Realizado contato com equipe da UTI Neonatal onde bebê encontrava-se internado para informações clínicas e identificada leve atipia genital (clitoromegalia), sem hiperpigmentação. Contudo, já em avaliação com equipe cirúrgica por massa abdominal volumosa a esclarecer. Orientada investigação hormonal e geral, com os seguintes resultados: DHEA-S 3000 mcg/dl (VR não disponível para idade), androstenediona 10ng/ml (VR < 1,6), testosterona total 185 ng/ml (VR não disponível para sexo e idade), cortisol 24,7 mcg/dl (VR 5,3-22,5), ACTH 11pg/ml (VR< 46), desodrogenase lática 682 U/L (VR 225-600), ácido vanilmandélico 0,1 mg/24h (VR < 6,6), ácido homovalínico 0,30mg/24h (VR<6,9). Realizado teste de supressão com dexametasona e valor de cortisol de 7,5 mcg/dl (VR < 1,8), confirmando hipercortisolismo. Realizada cirurgia com 22 dv, com excisão de massa tumoral medindo 8,5 X 6,5 X 5,2 cm, sem complicações trans e pós operatórias imediatas. Exame de AP confirma carcinoma adrenocortical convencional. A maior incidência de TAC no sul do Brasil traz a necessidade de suspeição diagnóstica em casos de massas em topografia de adrenal, em especial quando há clínica de virilização. O diagnóstico precoce, e a cirurgia pode ser curativa, dependendo do estadiamento oncológico. Neste caso, a alteração da 17 OHP neonatal acelerou a suspeita de etiologia hormonal e permitiu rápido manejo em equipe multidisciplinar, envolvendo neonatologia, e especialidades pediátricas (endocrinologia, cirurgia e oncologistas), além da patologia.