

REVALIDAÇÃO BASEADA EM EVIDÊNCIAS E CENTRADA NO PACIENTE

WANDERLEY MARQUES BERNARDO, LUIZ CLÁUDIO DE CASTRO

Esta nova seção da RAMB tem como objetivo principal trazer ao leitor, especialista ou generalista, casos clínicos da prática diária, para que sejam discutidos à luz das recomendações do Projeto Diretrizes da AMB e CFM.

Em cada edição da Revista, um especialista convidado, participante na elaboração de diretrizes baseadas em evidências, apresentará um caso clínico, associado a uma série de perguntas, cujas respostas podem ser obtidas na Diretriz AMB-CFM correspondente ao tema abordado. As diretrizes podem ser consultadas nos endereços eletrônicos: www.projetodiretrizes.org.br ou www.amb.org.br, e as respostas às questões clínicas serão disponibilizadas nesta seção, na edição subsequente.

Faz parte do projeto da RAMB, disponibilizar esta seção on-line, em planilha apropriada, para que o leitor possa participar, por meio de suas respostas, de processo educativo continuado, que poderá valer créditos no processo de revalidação.

Esperamos que cenários clínicos abordando dúvidas em diagnóstico, terapêutica, prognóstico, etiologia ou ética, discutidos frente às recomendações do Projeto Diretrizes, possam contribuir para a disseminação do conhecimento baseado em evidências e centrado no paciente, como também para a atualização e auto-avaliação médica.

CENÁRIO CLÍNICO

Você atende no ambulatório um homem de 61 anos, o qual refere que há cerca de oito meses vem apresentando cansaço freqüente, dificuldade e desânimo para realizar suas atividades físicas habituais e menor capacidade de concentração no trabalho. Neste período, notou ganho de peso (cerca de 4 kg) e aumento da circunferência abdominal. Queixa-se também de diminuição da libido, dificuldade de manter ereção e queda de pelos do tórax. Como tem um irmão com hipotireoidismo, gostaria de saber se esse quadro pode decorrer de algum problema na tireóide. Nega uso

de medicamentos crônicos, sem queixas em relação aos demais aparelhos e sistemas. Em seu exame físico, o paciente apresenta 1,76 m, 79 kg, IMC 25,5 kg/m², PA 135 x 85 mmHg, FC 84 bpm, tireóide palpável, de tamanho e aspecto normais para a faixa etária, pele de textura mais fina, um pouco ressecada, circunferência abdominal de 101 cm, sem alterações no restante do exame segmentar. Ele trouxe alguns exames, realizados há uma semana em laboratório de referência e solicitados pelo médico que o atendeu no pronto-atendimento.

QUESTÕES CLÍNICAS

1 - A avaliação laboratorial inicial mostra TSH: 1,8 mIU/L (ref 0,25-4,5), T4 livre: 1,4 ng/dl (ref 0,8-1,8), anticorpos anti-tireoperoxidase: 14,4 UI/ml (ref < 30), hemograma - Hb: 12,7g/dl, Ht: 39%, leucócitos: 8.760/mm³ (bast0-seg50-linf34-eos7-bas0-mon9), urinalise sem alterações. Seu próximo passo seria:

- () a - Repetir a função tireoideana, pois o quadro clínico e a história familiar são indícios bastante fortes de hipotireoidismo.
- () b - Mostrar ao paciente que os exames estão normais, e orientá-lo que a sintomatologia que apresenta faz parte do processo fisiológico de envelhecimento.
- () c - Continuar a investigação de outros eixos hormonais que possam estar associados a esse quadro clínico.
- () d - Solicitar avaliação da psiquiatria, pois estando a função tireoideana normal, o quadro orgânico pode ser somatização de distúrbio do humor (depressão).

2 - Avaliação laboratorial subsequente mostra os seguintes resultados: LH: 23,2 mIU/mL (ref 1,3-13), FSH: 18,3 mIU/mL (ref 0,9-12), testosterona: 160ng/dl (ref 300-1000), testosterona livre: 5,6 pg/ml

(ref 8,7-54), globulina ligadora de hormônios sexuais - SHBG: 73,5 nmol/L (ref 10-50nmol/L). A partir destes dados, pode-se dizer:

- () a - Esse perfil hormonal não explica a fisiopatologia do quadro clínico apresentado pelo paciente.
- () b - É mais característico encontrar-se níveis normais de LH nos casos de hipogonadismo masculino tardio, não se podendo atribuir o diagnóstico ao paciente.
- () c - Os níveis baixos de testosterona biodisponível encontrados não se correlacionam à sintomatologia referida pelo paciente.
- () d - A constatação de nível sérico basal matinal de testosterona inferior aos valores de referência de homens adultos jovens é necessária para o diagnóstico de hipogonadismo masculino tardio, o qual pode ser atribuído ao paciente em questão.

3 - Com a definição deste quadro clínico-laboratorial, outros eixos metabólicos merecem ser investigados. São corretas as assertivas abaixo em relação à investigação do paciente, exceto:

- () a - Avaliação dos perfis glicêmico e lipídico deve ser feita neste paciente, pois o hipoandrogenismo pode estar associado a

- um risco maior de desenvolver resistência insulínica e alterações lipídicas que favoreçam a aterogênese.
- () **b** - Os níveis de evidência científica não permitem estabelecer uma boa correlação entre os níveis de testosterona e distribuição de massa adiposa, massa magra e força muscular, devendo-se investigar outras causas para esses sinais e sintomas no paciente.
 - () **c** - Trabalhos com bom grau de recomendação e de força de evidência mostram significativa correlação entre o hipogonadismo masculino tardio e diminuição da densidade mineral óssea, o que embasa a solicitação de densitometria óssea para esse paciente.
 - () **d** - Estudos com fortes evidências científicas mostram haver uma relação inversa entre níveis de testosterona livre em homens idosos e sintomas depressivos.
- 4 - O paciente realizou densitometria óssea, cujo T-score para fêmur proximal e coluna lombar foram -2,9dp e 3,2dp, respectivamente. Em relação à tomada de decisão quanto ao tratamento de reposição hormonal no hipogonadismo masculino tardio do caso em questão, não é correto:**
- () **a** - As evidências científicas atuais são consistentes em mostrar aumento significativo da densidade óssea com a terapia de reposição androgênica, diminuindo-se o risco de fraturas.
 - () **b** - Neste caso, a participação do paciente na tomada de decisão de tratar não tem muita relevância, pois o risco de morbidade é muito grande.
 - () **c** - A avaliação prostática faz parte da avaliação pré-decisão do tratamento de reposição hormonal.
 - () **d** - Há boas evidências científicas de que a reposição de testosterona restaura os distúrbios psico-emocionais (depressão), a libido e atua positivamente na qualidade de vida dos pacientes hipogonádicos.
- 5 - O paciente em questão entendeu seu quadro e concordou com a reposição hormonal. Entretanto, tem receio de desenvolver alguma alteração prostática. Realizou dosagem de PSA (1,3 ng/ml – ref < 4,0ng/ml) e ao toque retal, próstata com características normais para a idade. Em relação à condução do caso, não estaria correto dizer:**
- () **a** - A administração transdérmica com gel de diidrotestosterona não tem efeito estrogênico, não predispondo à hiperplasia de próstata, sendo uma opção bastante adequada.
 - () **b** - Os ésteres de testosterona de administração intra-muscular também são eficazes e seguros, apesar de poderem estar associados a uma maior frequência de efeitos colaterais, devido às flutuações nos níveis de testosterona que causam.
 - () **c** - Após seis meses de tratamento, os níveis de testosterona ficaram próximos ao limite inferior fisiológico, mas houve melhora importante da sintomatologia; mesmo assim, deve-se aumentar a dose para atingir níveis superiores da faixa de normalidade.
 - () **d** - Avaliação laboratorial com hemograma e PSA e questionar sintomas urinários e apnéia do sono devem fazer parte do acompanhamento.

TEMA ABORDADO

Especialidades de abrangência: Endocrinologia, Clínica Médica, Geriatria e Urologia.
Diretrizes a serem consultadas: Hipogonadismo masculino tardio (andropausa) – diagnóstico
Hipogonadismo masculino tardio (andropausa) – tratamento