

Macroprolactinoma como Etiologia de Hipogonadismo

Renato de Oliveira Guedes Junior*, **Jorge Sabaneff**, **Helce Ribeiro Junior**, **Henrique Amadei**.

Serviço de Urologia do Hospital Federal Cardoso Fontes - Rio de Janeiro, RJ

Correspondência*: Av. Cláudio Bessermann Vianna, N°3
BL 01 AP 303
CEP: 22775-036
Barra da Tijuca
Rio de Janeiro, RJ

INTRODUÇÃO

As causas de hipogonadismo são variados, tendo como etiologia de origem multifatorial. O presente trabalho tem como objetivo descrever um caso de paciente com hipogonadismo que apresentou como causa de tal condição o prolactinoma de adenohipófise.

RELATO DE CASO

F.J.S. , 55 anos, casado , natural do RJ , deu entrada no ambulatório com queixas de disfunção erétil e problemas relacionados à qualidade sexual. Vida sexual ativa, mantém relações quinzenalmente, entretanto vem perdendo o desejo com a parceira e dificuldade de concentração. Sem galactorréia. Referiu diminuição do volume do ejaculado nas últimas semanas.

Relatou episódios intermitentes de fogachos. Nega história de LUTS, sem demais queixas do trato genitourinário. Nega tabagismo, etilismo social. Comorbidades: HAS em tratamento regular com captopril 50mg /dia. Exame físico da genitália: sem alterações, testículos tópicos sem anormalidades. Ginecomastia evidente. (Figura 1).

FIGURA 1

Ginecomastia evidente no momento do diagnóstico.



Fonte: Arquivo Pessoal.

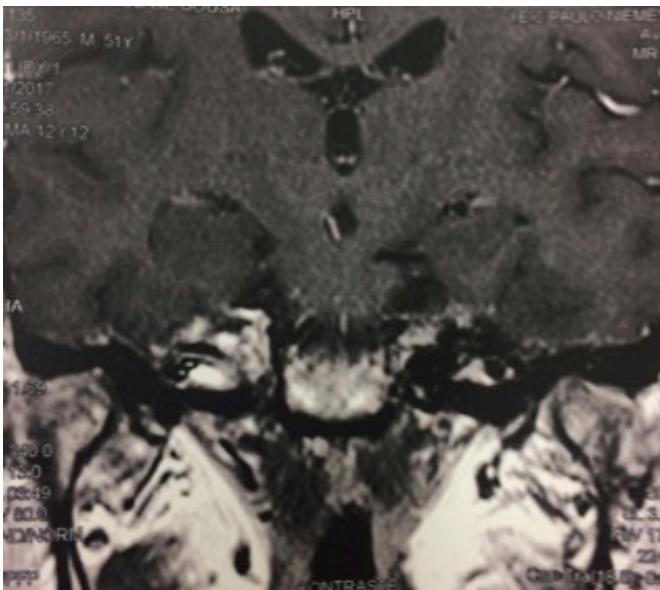
Sem alterações visuais, mantendo acuidade normal. Exames laboratoriais: hemograma e bioquímica sem alterações:

- PSA = 0,53ng/ml
- Testosterona total (22/08/2014): 145ng/dl (VR: 280- 340)
- Testosterona total (22/05/2016): 306ng/dl (VR: 280-340)
- Ferritina sérica: 284 ng/ml (VR: 23,9 – 336,2)
- FSH: 0,67 mUI/ml (VR: 1,1- 8,0)
- LH: 0,07 mUI/ ml (VR: 1,5 – 9,3)
- Prolactina : 69 ng/ml (VR: 2,1-19,0)
- TSH e T4 livres: 0,9 / 1,6

Exames de imagem (RNM sela túrcica): adenoma hipofisário com diâmetro de maior eixo igual a 2,2 cm, com presença de componente cístico, quiasma óptico, haste hipofisária desviada levemente para esquerda. Figuras (2,3 e 4).

FIGURA 2

Leve borramento da haste hipofisária para esquerda.



Fonte: Arquivo Pessoal.

O paciente foi inicialmente submetido a tratamento clínico com agonista dopaminérgico (cabergolina), sendo conjuntamente acompanhado pelo serviço de Urologia do Hospital Federal Cardoso Fontes (HFCF), no ambulatório de Andrologia, e teve consulta recente com exames laboratoriais evidenciando os seguintes resultados: FSH e LH normais, dosagem de TSH e T4I sem anormalidades, prolactina de 26,40, testosterona de 173. Paciente segue com terapia de reposição de testosterona (Deposteron), sob rigoroso controle ambulatorial.

FIGURA 3

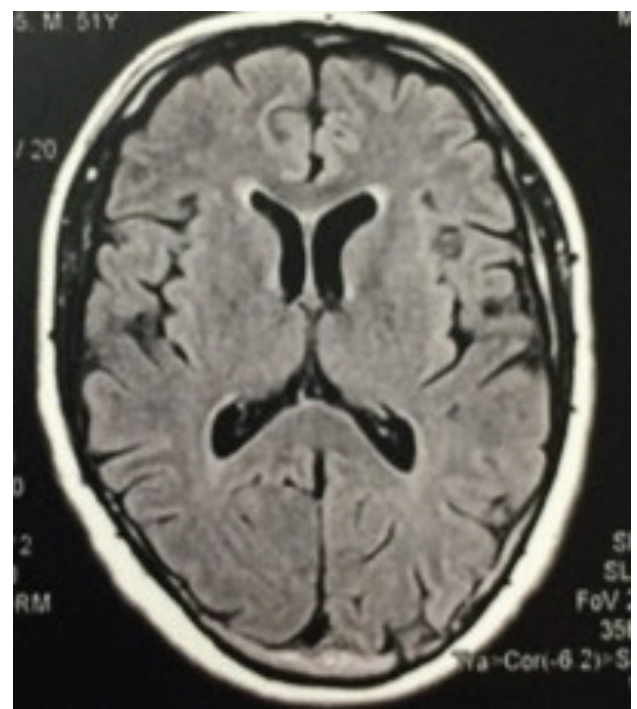
Seta evidenciando o macroprolactinoma (> 1cm).



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 4

Corte axial superior da RNM do paciente com prolactinoma.



Fonte: Arquivo Pessoal.

DISCUSSÃO

A prevalência dos prolactinomas é estimada em 500 casos por milhão de habitantes¹. Esses tumores afetam com maior frequência mulheres na terceira e quarta décadas de vida, e aos 50 anos, a proporção hipogonadismo, irregularidade menstrual ou amenorreia em mulheres, níveis baixos de testosterona sérica em homens e infertilidade e disfunção sexual em ambos os gêneros². A hiperprolactinemia causa hipogonadismo hipogonadotrófico principalmente por inibir a secreção pulsátil do GnRH, além de inibir diretamente a esteroidogênese gonadal³.

O hipogonadismo hipogonadotrófico pode causar irregularidade menstrual e amenorreia em mulheres, disfunção sexual, infertilidade e perda de massa mineral óssea em ambos os gêneros. A galactorreia não é um sinal específico e pode estar presente em indivíduos normoprolactinêmicos³.

Diante de um paciente com hiperprolactinemia, após a exclusão de gravidez, amamentação, causas farmacológicas, hipotireoidismo primário, insuficiências renal e hepática, a realização de ressonância magnética (RM) da região selar está indicada. Na RM, pode-se identificar lesão menor que um centímetro, compatível com microprolactinoma, ou maior que um centímetro, compatível com macroprolactinoma. Prolactinomas gigantes são definidos quando o maior diâmetro ultrapassa 4 cm.

A RM é superior à tomografia na identificação dos microprolactinomas, enquanto nos macroprolactinomas pode-se visualizar com mais detalhes a invasividade tumoral. Quando houver compressão do quiasma óptico, a avaliação neurooftalmológica deve ser realizada⁴.

A cirurgia, geralmente por abordagem trans esfenoidal, é indicada para pacientes sem normalização dos níveis de PRL com altas doses de agonista dopaminérgico, macroprolactinomas com compressão quiasmática e deficiência visual sem melhora rápida com tratamento clínico; apoplexia sintomática⁴.

A reposição de testosterona para o tratamento do hipogonadismo tem por base na normalização dos níveis séricos de metabólitos sexuais, e controle dos sintomas associados à deficiência androgênica⁵. Conforme estudos recentes, a terapia de reposição de testosterona deve ser acompanhada por dosagem sérica de colesterol e seus componentes, já que a reposição está associada ao aumento dos níveis lipídêmicos, acarretando em aumento do risco de eventos cardiovasculares^{4,5}, bem como da resistência insulínica⁵ (obesidade, aumento da circunferência abdominal e hipertensão arterial).

A TRH deverá ser acompanhada por dosagem sérica de PSA, hemograma e testosterona total, num período de 3 meses no primeiro ano de acompanhamento.

Em doentes com hiperprolactinemia, observa-se aumento dos níveis de LDL e triglicérides, com níveis de HDL diminuídos^{5,6}. A prolactina está implicada na ativação do metabolismo dos lipídeos, gerando crescimento e maturação rápida dos adipócitos⁶.

REFERÊNCIAS

1. Colao A, Loche S. Prolactinomas in children and adolescents. *Endocr Dev.* 2010;17:146-59.
2. Kleinberg DL, Noel GL, Frantz AG. Galactorrhea: a study of 235 cases, including 48 with pituitary tumors. *N Engl J Med.* 1977;296(11):589-600.
3. Primeau V, Raftopoulos C, Maiter D. Outcomes of transphenoidal surgery in prolactinomas: improvement of hormonal control in dopamine agonist-resistant patients. *Eur J Endocrinol.* 2012;166(5):779-86.
4. Auriemma R.S. • Galdiero M. • Vitale P. • Granieri L. • LoCalzo F. • Salzano C. • Ferreri L. • Pivonello C. • Cariati F. • Coppola G. • de Angelis C. Effect of Chronic Cabergoline Treatment and Testosterone Replacement on Metabolism in Male Patients with Prolactinomas. *Neuroendocrinology.* 2015;101(1):66-81. doi: 10.1159/000371851. Epub 2015 Jan 9.
5. Camacho EM, Huhtaniemi IT, O'Neill TW, Finn JD, Pye SR, Lee DM, Tajar A, Bartfai G, Boonen S, Casanueva FF, Forti G, Giwercman A, Han TS, Kula K, Keevil B, Lean ME, Pendleton N, Punab M, Vanderschueren D, Wu FC; EMAS Group: Age-associated changes in hypothalamic-pituitary-testicular function in middle-aged and older men are modified by weight change and lifestyle factors: longitudinal results from the European Male Ageing Study. *Eur J Endocrinol* 2013;168:445-455.
6. Dogansen SC, Selcukbiricik OS, Tanrikulu S, Yarman S. Withdrawal of dopamine agonist therapy in prolactinomas: In which patients and when? *Pituitary.* 2016 Jun;19(3):303-10.