

SILVA; Alaiane Karine da¹, MÜLLER; Christian Reinaldo²

RESUMO

O Hiperadrenocorticism (HAC) ou “Síndrome de Cushing” é uma endocrinopatia muito comum em cães, porém rara em felinos, afetando geralmente animais com a média de idade de 10 anos. Caracteriza-se pelo aumento de glicocorticóides na concentração sanguínea por meio de produção ou administração excessiva destes. O HAC pode ser classificado em hipófise dependente (HACHD/ ACTH-dependente) com secreção desregulada de ACTH pela hipófise, adrenal dependente (HACAD/ ACTH-independente) devido a um distúrbio adrenal primário ou pode ser iatrogênico. As manifestações clínicas mais frequentes de HAC em felinos são: poliúria, polidipsia, polifagia, perda de massa muscular, alopecia, fragilidade cutânea e infecções dermatológicas recorrentes. Além disso, os sinais clínicos podem ocorrer juntamente com a diabetes mellitus, dificultando um diagnóstico precoce de HAC e interferindo no prognóstico do paciente. O diagnóstico é realizado através da anamnese, sinais clínicos, alterações dos exames laboratoriais e da ultrassonografia. O que difere o diagnóstico da HAC felina da canina, é que em gatos utiliza-se como exame complementar o teste de supressão com dexametasona e o teste de estimulação de ACTH é utilizado para acompanhamento clínico. Os tratamentos clínicos são eficientes para controlar os sinais clínicos e melhorar a sobrevida do paciente, sendo recomendado o uso do trilostano. O objetivo do trabalho é relatar um caso de hiperadrenocorticism com diabetes mellitus secundária em um felino. Em um Hospital Veterinário particular localizado na cidade de Curitiba - PR, foi atendido um felino, SRD, macho, de 4 anos. Durante a anamnese, o tutor relatou que há 4 meses o animal apresentava perda de peso, polifagia, polidipsia, poliúria e que havia interrompido o tratamento com insulina Glargina, na dose diária de 4 UI administradas duas vezes ao dia, por não observar melhora clínica. No exame físico observou-se abdome abaulado, alopecia bilateral, rarefação pilosa na região de cauda, mucosas normocoradas, TPC de 3 segundos, desidratação de 5% e frequência cardíaca de 160 bpm. Foram solicitados hemograma, urinálise e dosagens séricas de alanina aminotransferase, fosfatase alcalina, gama-glutamil-transferase, creatinina, uréia, colesterol, triglicerídeos, frutossamina, potássio e sódio. O hemograma revelou um leucograma de estresse crônico caracterizado por uma leucocitose por neutrofilia e linfopenia. O exame bioquímico apresentou aumento nos níveis séricos de colesterol total, frutossamina, glicose e triglicerídeos. Na urinálise foi encontrada glicosúria, sem mais alterações. O quadro de glicosúria associado à hiperglicemia e hiperfrutossaminemia em jejum confirmou a diabetes mellitus. Posteriormente, foi solicitado o teste de supressão por baixa dose de dexametasona (0,1mg/kg/IV). A dosagem sérica de cortisol da primeira amostra (amostra basal) revelou valor de 4,11 µg/dL (valor de referência: 0,80 a 3,7 µg/dL) e a dosagem da segunda amostra após 8h da administração da dexametasona revelou o valor de 1,87 µg/dL (valor de referência: < 0,80 µg/dL), confirmando a suspeita de hiperadrenocorticism. Foi instruído o tratamento com trilostano 1mg/kg, a cada 24h; insulina Glargina 0,25 UI/kg a cada 12h e recomendações quanto às mudanças dietéticas para gatos diabéticos. Diante dos sinais clínicos e dos resultados dos exames laboratoriais, o diagnóstico foi compatível com hiperadrenocorticism com diabetes mellitus secundária. No caso do paciente relatado o principal sinal clínico que levou a suspeita de HAC foi o abdome pendular, que é resultado dos efeitos catabólicos do cortisol que ocasiona o

¹ Universidade Positivo, alaiane.karine@gmail.com

² Universidade Positivo, chrismuller00@gmail.com

enfraquecimento da musculatura abdominal e o acúmulo de gordura mesentérica. Além disso, as alterações nos exames laboratoriais e os sinais clínicos são compatíveis com os casos relatados na literatura. Vale ressaltar que no primeiro tratamento instituído com insulina Glargina antes do diagnóstico de HAC não foi observada melhora clínica justamente por conta da resistência insulínica e os efeitos gliconeogênicos causados pelo excesso de cortisol. Diante do exposto, diferentemente da HAC em cães essa endocrinopatia é de rara ocorrência na rotina clínica de felinos e possui um prognóstico reservado, justamente pelo diagnóstico tardio e pela manifestação clínica da doença que na maioria das vezes só é observada quando já há diabetes mellitus secundária. Dessa forma, o presente trabalho evidencia a importância do diagnóstico correto por meio do teste supressão por dose baixa de dexametasona e o tratamento com trilostano para melhora clínica.

Resumo - apresentação oral

PALAVRAS-CHAVE: Endocrinopatias, felino, hiperadrenocorticism

¹ Universidade Positivo, alaiane.karine@gmail.com

² Universidade Positivo, chrismuller00@gmail.com