

Anestesia para Hiperparatireodismo Primário: Paratireoidectomia. Relato de um Caso[‡]

M. A. Mortatti[¶], R. H. Freitas[¶], R. Issa Filho[§] & E. J. Cesarino^ξ

Mortatti M A, Freitas R H, Issa Filho R, Cesarino E J — Anesthesia for parathyroidectomy. A case report. Rev Bras Anest, 1984; 34: 1: 59 - 60.

NO HIPERPARATIREOIDISMO primário ocorre um aumento de secreção do parato-hormônio, resultando em alterações generalizadas do cálcio, do fósforo e do osso⁷.

O aumento de hormônio circulante e a conseqüente hipercalcemia e hipofosfatemia causam uma síndrome onde podem coexistir episódios de nefrolitíase recorrente, alterações mentais, úlceras pépticas e reabsorção óssea exacerbada, com alterações ósseas difusas e áreas de rarefação radiologicamente demonstráveis^{11,14}.

Existem, na face medio dorsal da tireóide, localizadas na junção do terço mediano de cada lobo tireóideo, quatro glândulas paratireóides¹. O hiperparatireoidismo primário resulta, freqüentemente, da transformação neoplásica de uma destas glândulas, geralmente as inferiores, sendo o adenoma o tipo histológico mais comum. O carcinoma é raro: menos de sessenta casos relatados na literatura⁴.

O tumor é geralmente constituído pela variedade de células principais, acometendo duas vezes mais o sexo feminino e raramente crianças. Ocorre predominantemente na quinta década, guardando alta incidência familiar e padrão hereditário autossômico dominante^{4,7}.

RELATO DE UM CASO

Paciente do sexo feminino, 53 anos, branca, casada, 48 kg, internada para exeresse de nódulo cervical.

Dados clínicos: Há mais ou menos cinco anos dor em membros inferiores e artelhos. Há um ano incapacidade de deambulação, diminuição progressiva da força muscular, fraturas ósseas freqüentes, hiporreflexia, indisposição, dor na clavícula e braço esquerdo.

Exames complementares:

Ultrapassonografia: presença de massa sólida, ovalada, de contornos bem definidos e regulares em região cervical inferior esquerda, com 2,5 x 3,5 cm de diâmetro.

Fosfatase alcalina: 510 ui L⁻¹ (normal - 20 - 50 ui L⁻¹)

Sódio sérico - 136 mEq. L⁻¹
Cálcio sérico - 6.4 mEq. L⁻¹
Fósforo sérico - 2,0 mEq. L⁻¹
Potássio sérico - 5,1 mEq. L⁻¹
Magnésio - 1,8 mEq. L⁻¹
Cálcio urinário - (24 h) - 188 mg. vol⁻¹ (normal - 37,5 mg. vol⁻¹)
Fósforo urinário - 270 mg. vol⁻¹
FSH - inferior a 1,0 u. ml⁻¹ de soro

Hipótese diagnóstica - Tumor de paratireóide, hiperparatireoidismo.

A paciente foi medicada com diazepam 10 mg por via oral na noite anterior, e 10 mg por via muscular 60 minutos antes da cirurgia. Na sala de cirurgia foi puncionada veia em antebraço superior direito com infusão de solução glicosada 5% e injetados 5 ml de Inoval®, mais 0,5 mg de atropina por via venosa. Após 10 minutos seguiu-se 175 mg de tiopental e 3 mg de brometo de pancurônio. A paciente foi intubada e mantida com ventilação mecânica controlada no respirador Takaoka 855, com volume corrente de 500 ml, N₂O - 60%, freqüência respiratória de 12 irpm, e administração de doses intermitentes de 50 µg de fentanil, quando necessário.

A cirurgia transcorreu sem anormalidades por duas horas e 38 minutos, sendo retirado um nódulo na região cervical inferior esquerda, de 2,5 x 3,5 cm de diâmetro, e feita biópsia a céu aberto de 5.º metacarpiano para anátomo-patológico.

Ao término da cirurgia foi feita descurarização com 2 mg de prostigmina mais 1 mg de atropina e, após 10 minutos a paciente foi encaminhada à sala de recuperação, extubada, consciente, com dados vitais em parâmetros anteriores à cirurgia, sem queixas de dor.

Resultados dos exames:

Biópsia óssea - (5.º metacarpiano) Granuloma de células de reparação.

Nódulo cervical - Tu de paratireóide (adenoma).

O cálcio sérico normalizou-se, o fósforo e o cálcio diminuíram na urina, após uma semana da cirurgia. A paciente recebeu alta hospitalar, com regressão das lesões ósseas em três semanas.

COMENTÁRIOS

O relato é conveniente, em vista da raridade de paratireoidectomias em nosso hospital, e de casos descritos na literatura.

Além disso merece atenção o estado de intensa fragilidade óssea destes pacientes, dependendo da progressão em que se encontra a doença, necessitando cuidados ex-

[‡] Trabalho apresentado na Disciplina de Anestesiologia da Faculdade de Medicina de Londrina da Universidade Estadual de Londrina, PR

[¶] Professor Auxiliar de Ensino da FUEL. Anestesiologista do Hospital Cristo-Rei de Ipirorã

[§] Médico Estagiário de Anestesiologia da FUEL

^ξ Acadêmico Sextanista da FUEL

Correspondência para Marcos Arnuda Mortatti
Rua Don João VI, 6 - Aeroporto
86100 - Londrina, PR

Recebido em 28 de junho de 1983

Aceito para publicação em 27 de setembro de 1983

© 1984, Sociedade Brasileira de Anestesiologia

tremados na mobilização, intubação, e posicionamento na mesa cirúrgica. Também nos preocupou a utilização

de relaxantes despolarizantes para a intubação com conseqüente fasciculação e ocorrência de fraturas patológicas.

Mortatti M A, Freitas R H, Issa Filho R, Cesariano E J – Anestesia para hiperparatireoidismo primário: paratireoidectomia. Relato de um caso. Rev Bras Anest, 1984; 34: 1: 059 - 060.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Roth S I – Recent advances in parathyroid gland pathology. *Am J Med* 1971; 2: 612 - 615.
2. Faccini J M – The ultrastructure of parathyroid glands removed from patients with primary hyperparathyroidism: A report of 40 cases, including four carcinomata. *J Path* 1970; 102: 189 - 190.
3. Krementz E T, Yeager R, Hawley W, Weichert R – The first 100 cases of parathyroid tumor from Charity hospital of Louisiana. *Ann Surg* 1971; 173: 173 - 875.
4. Muller H – Sex, age and hyperparathyroidism. *Lancet* 1969; 1: 449 - 450.
5. Biernulf A, Kerstin H, Sjogren I, Werner I – Primary hiperparathyroidism in children. Brief review of the literature and a case report. *Acta Pediat Scand* 1966; 50: 249 - 250.
6. Hellstrom J – Primary Hyperparathyroidism: Observations in a series of 50 cases. *Acta Endocrinol* 1934; 16: 30 - 36.
7. Keating F R – Diagnosis of primary hyperparathyroidism. *JAMA* 1961; 178 - 872 - 876.
8. Raisz L G – The diagnosis of hyperparathyroidism. *New Eng J Med* 1971; 285: 1006 - 1008.
9. Eisenberg E – Effects of serum calcium level and parathyroid extracts on phosphate and calcium excretion in hyperparathyroid patients. *J Clin Invest* 1965; 44: 942 - 945.
10. Adans P, Chalmers T M, Hill L F, Truscott B M – Idiopathic hypercalciuria and hyperparathyroidism. *Brit Med J* 1970; 4: 582 - 585.
11. Payne R L, Fitchett C W – Hyperparathyroid crisis. *Ann Surg* 1965; 161: 737 - 740.
12. Ostrow J D, Blanshard G, Gray S J – Peptic ulcer in primary hiperparathyroidism. *Am J Med* 1960; 29: 769 - 770.
13. Riddick F A – Primary hiperparathyroidism. *Med Clin N Amer* 1967; 51: 871 - 875.
14. Mazzaferri E L – *Endocrinologia*, 1.º ed., Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan S. A. 1979; 177 - 194.