



NUTRIÇÃO NO HIPERPARATIREOIDISMO PRIMÁRIO EM GESTANTE: RELATO DE CASO

NUTRITION IN PRIMARY HYPERPARATHYROIDISM DURING PREGNANCY: CASE REPORT

(Maria Gracyella Ferreira da Silva, Alane Cabral Menezes de Oliveira, Andréa Costa Morais Amaral)

Resumo: O hiperparatireoidismo primário caracteriza-se pela alteração de uma ou mais glândulas da paratireóide que leva a elevação do paratormônio, sendo considerado como o terceiro distúrbio endócrino mais comum em gestantes, apesar de raramente ocorrer durante o período gestacional, onde os sinais e sintomas da doença estão relacionados com o quadro de hipercalcemia, como constipação, fraturas e litíase renal. Há poucos dados na literatura que tratem dos aspectos nutricionais na doença, especialmente durante o período gestacional. Portanto, o objetivo deste trabalho é apresentar um relato de caso de uma paciente diagnosticada com hiperparatireoidismo primário no 3º trimestre de gestação enfatizando as condutas nutricionais abordadas no tratamento da mesma. Paciente K.R.A., 33 anos de idade e idade gestacional de 31 semanas, diagnosticada com nefrocalcinose medular e hiperparatireoidismo primário. A avaliação antropométrica realizada no pré-natal demonstrou baixo peso para idade gestacional três semanas antes da internação hospitalar. O perfil bioquímico demonstra, além de outras alterações, baixos níveis séricos de Vitamina B12 e alteração no hemograma, sugestivo de anemia. A dieta hospitalar implantada teve característica laxante com inserção de fibras e alimentos com características laxativas, além de ser rico em fontes alimentares de vitamina B12, adequado em cálcio e nos micronutrientes antioxidantes. Portanto, apesar do hiperparatireoidismo ser uma condição clínica rara na gestação e de não existirem orientações nutricionais específicas para a doença, a conduta nutricional priorizada nesse caso foi à voltada para os sintomas e alterações clínicas que a paciente apresentava, considerando, sobretudo, seu estado nutricional e o período gestacional.

Palavras-Chave: Gestantes; Hipercalcemia; Suplementação.

Abstract: Primary hyperparathyroidism is characterized by the alteration of one or more parathyroid glands leading to parathyroid hormone elevation, and is considered as the third most common endocrine disorder in pregnant women. Therefore, the objective of this paper is to present a case report of a patient diagnosed with primary hyperparathyroidism in the third trimester of pregnancy emphasizing the nutritional conduct addressed in her treatment. The nutritional conduct prioritized in this case was focused on the symptoms and clinical changes that the patient presented, considering, especially, her nutritional status and gestational period.

Keywords: Parathyroid hormone; Pregnant women; Nutritional status.



INTRODUÇÃO

O hiperparatireoidismo primário é caracterizado pela alteração de uma ou mais glândulas da paratireóide que leva a elevação do hormônio paratormônio (PTH) com conseqüente aumento dos níveis de cálcio sérico, baixos ou limítrofes níveis de fosfato e hipercalcúria. (FRASER, 2009; HERRERA-ORTIZ e MORALES-DOMÍNGUEZ, 2015).

É considerado o terceiro distúrbio endócrino mais comum em mulheres grávidas, apesar de raramente ocorrer durante o período gestacional, tendo uma incidência de 0,3% na população geral que dobra quando se trata do sexo feminino. Considerando o período de gestação há apenas cerca de 200 casos relatados na literatura que tratem desta enfermidade neste período da vida. (FRASER, 2009; HERRERA-ORTIZ e MORALES-DOMÍNGUEZ, 2015).

Os sinais e sintomas da doença estão relacionados com a hipercalcemia, onde os pacientes podem cursar com sintomas neuropsiquiátricos (depressão, ansiedade, letargia, disfunção cognitiva, estupor e confusão), gastrointestinais (obstipação, anorexia, náuseas, pancreatites e úlceras pépticas), renais (poliúria, nefrolitíase, hipercalcúria, nefrocalcinose e insuficiência renal aguda ou crônica), musculoesqueléticos (fraqueza muscular, dores ósseas e fraturas) e cardiovasculares (miocardiopatia, arritmias, calcificação valvular e vascular, entre outras). (TAVARES et al., 2018). Quando no período gestacional, esta enfermidade pode causar ainda hiperêmese gravídica, infecção do trato urinário (ITU), morte fetal, parto pré-termo e restrição de crescimento intrauterino (RCIU). (BRANCO et al., 2005).

O tratamento para a doença é cirúrgico realizado após identificação da glândula alterada, sendo mais comum a presença de adenoma de apenas uma das glândulas e mais raro a presença em mais de uma glândula ou a presença de carcinoma de paratireóides. (CORREA, 2006; FRASER, 2009).



de Saúde (OMS) (1995); peso com 28 semanas de gestação (há3 semanas) avaliado no pré-natal 55kg; IMC para Idade Gestacional (IG) 22,0 kg/m², classificado como Baixo peso para IG, segundo Atalah Samur (1997).

A avaliação bioquímica é apresentada no quadro 1, onde é possível observar uma redução nos valores séricos de hemoglobina e hematócrito ao longo de todo o período de internamento, redução da enzima desidrogenase láctica e dos níveis de vitamina B12, aumento da bilirrubina total, uréia, ferritina, Proteína C Reativa (PCR), albumina e elevação do PTH, cálcio sérico, iônico e urinário.

Quadro 1: Perfil bioquímico segundo o tempo de internação de uma paciente gestante com hiperparatireoidismo primário internada no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes em Maceió-AL, 2019.

	05/08	07/08	08/08	09/08	13/08	15/08	16/08
HB (g/dL)	6,95	7,01	7,03	-	6,39	-	-
HCT (%)	22,32	22,45	21,78	-	20,64	-	-
VCM (fl)	80,39	85,73	78,13	-	79,99	-	-
RDW (%)	12,51	12,82	12,16	-	12,89	-	-
Leu (mm ³)	10100	7900	9600	-	8000	-	-
Plaq (mm ³)	286000	382000	305000	-	360000	-	-
DHL(U/L)	-	-	176	-	-	-	-
BT (mg/dL)	-	-	0,19	-	-	-	-
BD (mg/dL)	-	-	0,13	-	-	-	-
BI (mg/dL)	-	-	0,06	-	-	-	-
Ur (mg/dL)	22	-	34	-	26	-	22
Cr (mg/dL)	0,78	-	1,25	-	1,15	-	0,73
PCR (mg/dL)	11,6	-	9,3	-	-	-	-
Fe sérico (µg/dL)	-	-	102	-	-	-	-
Ferritina(ng/mL)	-	-	1195,1	-	-	-	-
Sat. Transferrina (%)	-	-	33,55	-	-	-	-
PNT totais (g/dL)	-	-	6,7	-	-	-	-
Albumina (g/dL)	-	-	3,0	-	-	-	2,7
Globulina (g/dL)	-	-	3,7	-	-	-	-
FA (U/L)	-	-	-	329	-	-	-



V Jornada Acadêmica do HUPAA
Tecnologias em Saúde
27 - 29 de Novembro 2019

PNT 24hs (mg/24hs)	-	-	-	-	418	-	-
P (mg/dL)	-	-	2,7	3,8	2,5	-	2,5
Ca sérico (mg/dL)	14,1	-	12,6	-	-	-	13,3
Ca iônico (mg/dL)	-	-	-	-	7,7	-	-
Ca urina (mEq/L)	-	-	-	-	13,0	-	-
PTH (pg/ml)	-	-	-	-	881,5	1169,3	-
25 OHVit D (ng/mL)	-	-	-	18,2	-	-	-
T4 livre (ng/dL)	-	0,73	-	-	-	-	-
TSH (uUI/mL)	-	1,32	-	-	-	-	-
Mg (mg/dL)	-	-	1,8	1,9	-	-	-
Vit B12 (ng/mL)	-	-	95	-	-	-	-
Ac fólico (ng/mL)	-	-	7,5	-	-	-	-
Na (mEq/L)	-	-	135	-	133	-	-
K (mEq/L)	-	-	-	-	4,3	-	-

HB: hemoglobina; HCT: hematócrito; VCM: volume corpuscular médio; RDW: distribuição dos glóbulos vermelhos; Leu: leucócitos; Pla: plaquetas; DHL: desidrogenase láctica; BT: bilirrubina total; BD: bilirrubina direta; BI: bilirrubina indireta; Ur: uréia; Cr: creatinina; PCR: proteína C reativa; Fe sérico: ferro sérico; Sat. Transferrina: saturação de transferrina; PTN totais: proteínas totais; FA: fosfatase alcalina; PTN 24hs: proteinúria 24 horas; P: fósforo; Ca sérico: cálcio sérico; Ca iônico: cálcio iônico; Ca urina: cálcio urinário; PTH: paratormônio; 25 OH vit D: 25-hidroxivitamina D; Vit D: vitamina D; T4 livre: tiroxina livre; TSH: hormônio estimulante da tireóide; Mg: magnésio; Vit B12: vitamina B12; Ác. Fólico: ácido fólico; Na: sódio e K: potássio.

Diante de todas as características apresentadas pela paciente, após duas semanas de internação e investigação diagnóstica foi firmado, então, o diagnóstico de hiperparatireoidismo primário cujo tratamento é cirúrgico. A equipe não recomendou a realização da cirurgia para retirada da glândula afetada durante o período gestacional. Discutiu-se, então, a possibilidade de interrupção da gestação com 34 semanas onde foi firmado tal propósito.

Quanto a prescrição dietética, foi implantado plano alimentar quantitativo, administrado por via oral, de consistência livre, fracionado em 6 refeições diárias, com as seguintes características: 2286,66kcal/dia (103,53% de adequação), 85,24g/dia de proteína (14,91% do valor calórico total (VCT) da dieta), 57,56% do VCT de CHO, 27,53% do VCT de Lipídios, cálcio (129,44% de adequação), zinco (102,73% de adequação), selênio (92,17% de adequação), vitamina A (168,25% de



depois foi para a unidade de cuidado intermediário neonatal canguru (UNCINCA) onde ficou com a companhia da avó materna devido ao estado da mãe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar do hiperpatireoidismo ser uma condição clínica rara na gestação e de não existirem orientações nutricionais específicas para a doença, a conduta nutricional priorizada nesse caso foi voltada para os sintomas e alterações clínicas que a paciente apresentava, considerando, sobretudo, seu estado nutricional e o período gestacional, afim de manter sua saúde e garantir o desenvolvimento adequado do feto.

Entretanto, ressalta-se a importância da suplementação de cálcio e de vitamina D após a cirurgia para reestabelecer a homeostase desses nutrientes. Nesta paciente, faz-se necessária, também, a suplementação de vitamina B12 pela insuficiência apresentada na sua avaliação bioquímica.

REFERÊNCIAS

ATALAH SAMUR, E.; CASTILLO L., C.; CASTRO SANTORO, R.; ALDEA P. A. Propuesta de un nuevo estándar de Evaluación nutricional en embarazadas. *Revista médica de Chile*, [s. l.], v. 125, n. 12, p. 1429-1436, 1997.

BANDEIRA, F. et al. Relationship between serum vitamin D status and clinical manifestations of primary hyperparathyroidism. *Endocrine Practice*, [s. l.], v. 8, n. 4, p. 266–270, 2002. Disponível em: <https://journals.ace.com/doi/abs/10.4158/EP.8.4.266>. Acesso em: 03 de setembro de 2019. DOI: 10.4158/EP.8.4.266

BRANCO, M. R. et al. Crise hipercalcêmica secundária a hiperparatireoidismo primário durante a gravidez. *Acta Médica Portuguesa*, [s. l.], v. 18, p. 395-398, 2005.

