



Caso clínico

Hiperaldosteronismo

Mariana Navarro
9328652

APRESENTAÇÃO DO PACIENTE A.V.S



IDADE: 56 anos

GÊNERO: Masculino

ANTECEDENTES:
ex-tabagista há 8 anos (12
maços-ano), ex-etilista há
11 anos, hipertenso
(diagnóstico há 7 anos)

MEDICAMENTOS

Enalapril 20 mg de 12 em 12 horas
Hidroclorotiazida 25 mg ao dia
Atenolol 100 mg ao dia
Anlodipina 10 mg ao dia
Clonidina 0,2 mg duas vezes ao dia

2004

Início de acompanhamento
no Instituto Dante Pazzanese
de Cardiologia após
diagnóstico de hipertensão.

2006

Vai ao hospital assintomático mas em pico
hipertensivo - investigação de hipertensão
arterial secundária

ANTECEDENTES FAMILIARES



● MÃE

○ IRMÃOS

7 IRMÃOS
HIPERTENSOS

INFARTO AOS
70 ANOS



EXAME FÍSICO

APARELHO CARDIOVASCULAR

Precórdio com ictus cordis não visível, mas palpável no quinto espaço intercostal esquerdo na linha axilar anterior, abrangendo duas polpas digitais. Bulhas rítmicas, normofonéticas em dois tempos, sem sopros.

APARELHO RESPIRATÓRIO

Sem alterações

GERAL

Em bom estado geral, corado, hidratado, eupneico, afebril, acianótico.



CABEÇA E PESCOÇO

Ausência de estase jugular, ausência de sopros carotídeo.

PRESSÃO ARTERIAL

Em membro superior direito
sentado: 190/120 mmHg,
deitado: 190/120 mmHg;

Em membro superior esquerdo
sentado: 190/120 mmHg,
deitado: 190/120 mmHg.



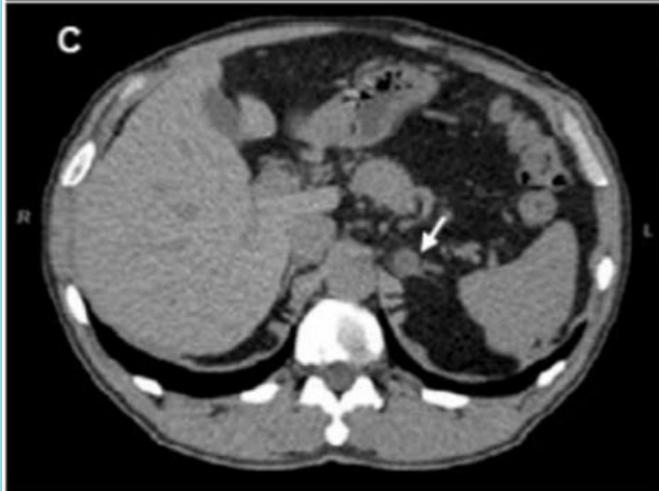
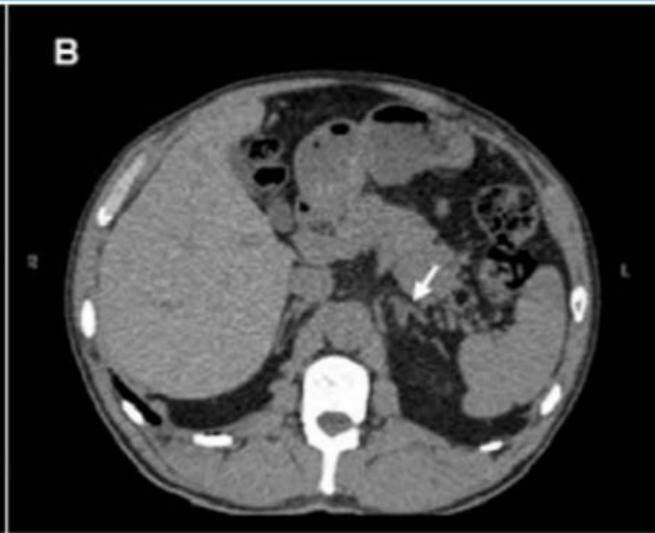
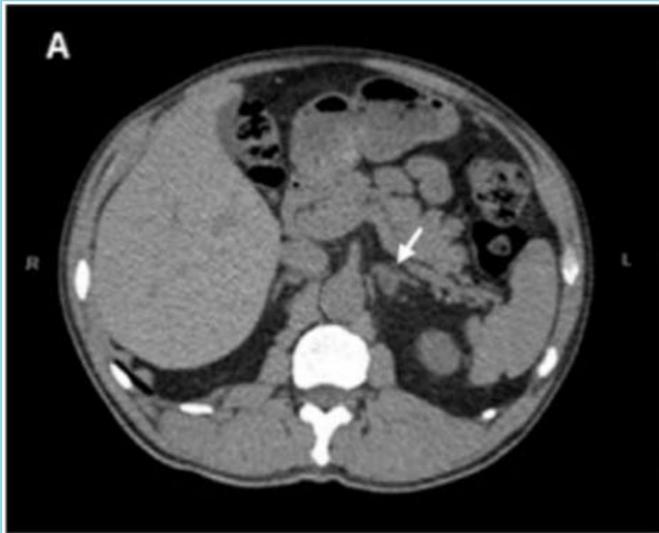
EXAMES LABORATORIAIS (2006)



	RESULTADO	VALORES DE REF
Potássio (mmol/L)	2,9	3,5-5,1
Aldosterona plasmática (ng/100 ml)	21	1-16
Renina (pg/mL)	2,4	3-16
Aldosterona urinária (µg/24 h)	28	3-15

EXAMES de IMAGEM (2006)

	RESULTADO
Rx de tórax	Área cardíaca normal sem alterações do parênquima pulmonar
Eletrocardiograma	Ritmo sinusal, ausência de sobrecargas ventriculares ou atriais
Ecocardiograma	Fração de ejeção de 62%, aumento discreto de átrio esquerdo, hipertrofia concêntrica discreta do ventrículo esquerdo, disfunção diastólica tipo alteração do relaxamento
Doppler de artéria renal	Doppler não sugere estenose hemodinamicamente significativa (> 60%) das artérias renais. Rins não apresentam prejuízo da diferenciação córtico-medular
Fundoscopia	Artérias finas (espasmos) contornos irregulares, tortuosas, porém sem áreas de sangramento e exsudato, veias preservadas, papilas preservadas



A e B: tomografias de abdome realizadas em 2006 com destaque para a glândula suprarrenal esquerda aumentada às custas de dois nódulos medindo 1,8 x 1,6 cm e 1,1 x 1 cm.
C e D: tomografias de abdome realizadas durante o acompanhamento do paciente em 2007 e 2009 respectivamente, evidenciando discreto crescimento dos nódulos sem repercussão clinicamente.

HIPERALDOSTERONISMO



Produção autônoma e excessiva de aldosterona (mineralocorticoide) pelo córtex adrenal, causando modificação dos canais de sódio, promovendo reabsorção desse sal e de água (aumento volume sanguíneo). O aumento da negatividade luminal ocasiona excreção de potássio. Há o desenvolvimento de hipertensão arterial e supressão da produção de renina.

- Causa mais comum da hipertensão arterial secundária, aparece em 5 a 13% dos pacientes diagnosticados com HAS
- Causas: adenomas produtores de aldosterona (60%), hiperplasia suprarrenal bilateral idiopática, hiperplasia suprarrenal unilateral, carcinoma adrenocortical produtor de aldosterona, hiperaldosteronismo familiar
- Sintomas: maioria assintomático, mas pode causar poliúria, polidipsia, fraqueza muscular, alcalose hipocalêmica e intolerância à glicose
- Diagnóstico: aldosterona elevada com renina reduzida; hipocalemia (mas se ausente a hipótese diagnóstica não deve ser descartado); exames de imagem.



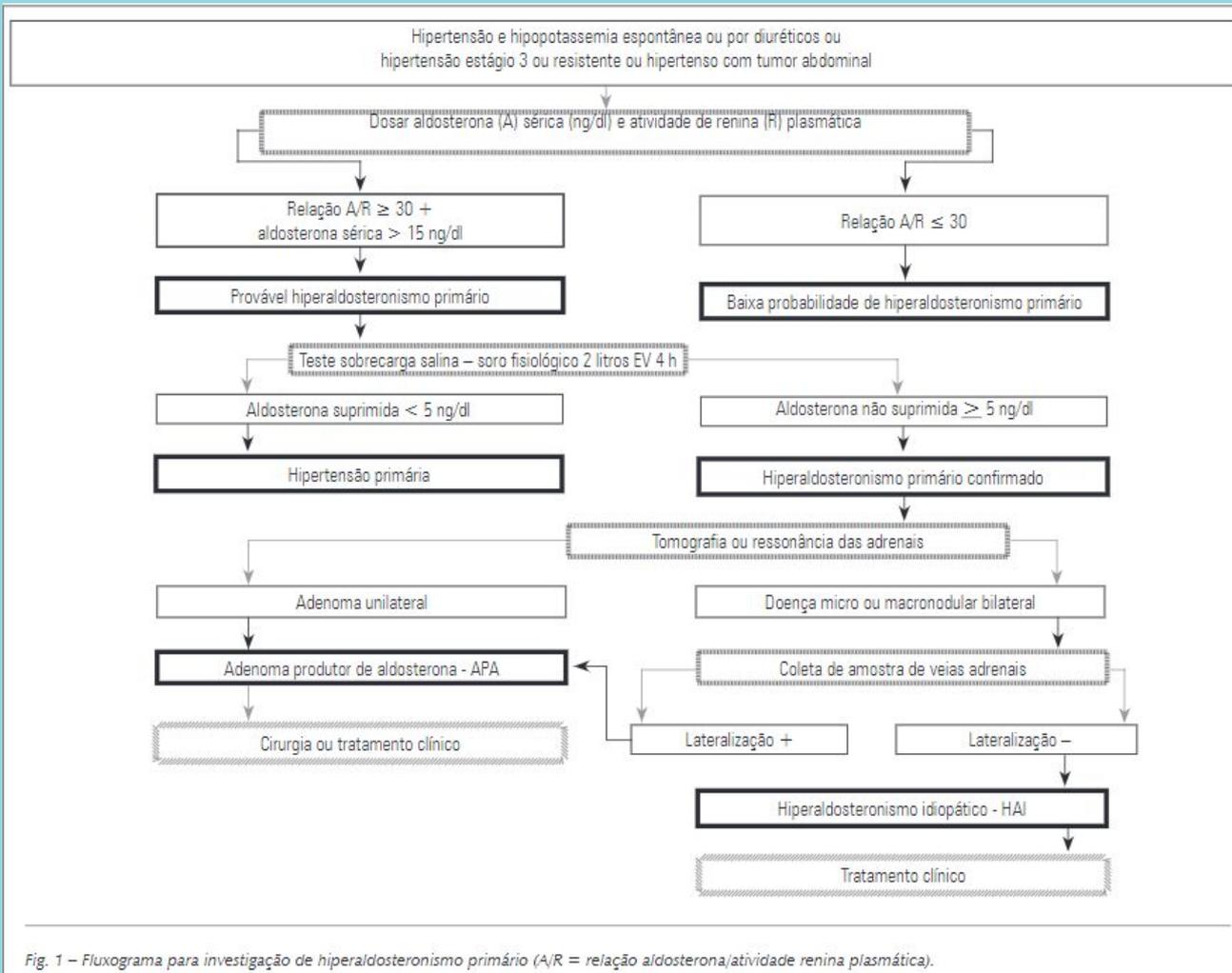
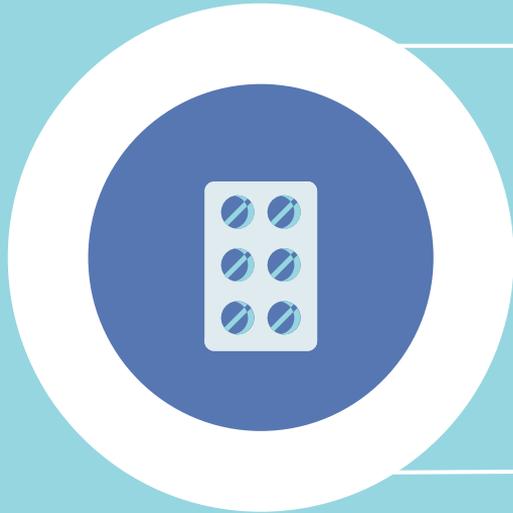


Fig. 1 – Fluxograma para investigação de hiperaldosteronismo primário (A/R = relação aldosterona/atividade renina plasmática).

TRATAMENTO

V Diretriz Brasileira de
Hipertensão Arterial



ADENOMA

Retirada **cirúrgica** dos tumores (laparoscopia)

Tratamento prévio com espirolactona (3-4 semanas)

*50 a 70% dos pacientes não precisam de tratamento hipotensivo após cirurgia

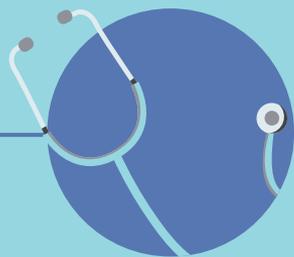
HIPERPLASIA

Espirolactona VO 50 a 300mg/dia (bloqueador seletivo da aldosterona)

****Eplerenona** VO 50 a 200 mg - preferência para homens por não causar ginecomastia

CONTINUAÇÃO DO CASO

INTERNAÇÃO



Além dos medicamentos já em uso, foi adicionado
ESPIROLACTONA 100 MG/DIA

Controle pressórico alcançado -
alta

ACOMPANHAMENTO



2007 foi realizado MAPA - redução
dos níveis pressóricos antes
encontrados

TC de abdome de controle que
evidenciou glândula
suprarrenal normal com dois
nódulos

TRATAMENTO



Em todas as consultas o
paciente se apresentava com
controle pressórico adequado,
sendo mantido em tratamento
clínico e acompanhamento com
tomografia de abdome.

REFERÊNCIAS

- MIZZACI, C.C. et al. Hiperaldosteronismo primário: somente o tratamento clínico é suficiente? São Paulo. Rev Bras Hipertens vol.18(1):36-40, 2011.
- V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. 2016.
- GROSSMAN, A.B. Aldosteronismo primário. Manual MSD. 2019. <<https://www.msmanuals.com/pt/profissional/dist%C3%BArbi-os-end%C3%B3crinos-e-metab%C3%B3licos/dist%C3%BArbios-adrenais/aldosteronismo-prim%C3%A1rio>> Acesso em 14 de novembro de 2020.

