



16º CONGRESSO
BRASILEIRO DE
CLÍNICA MÉDICA 2021

6º Congresso Internacional de
Medicina de Urgência e Emergência

CAMPINAS - SP
08 A 11
DE OUTUBRO
2021

HIPERALDOSTERONISMO ASSOCIADO A DOENÇA RENAL POLICÍSTICA: RELATO DE CASO

Ana Caroline Gusmão de Matos¹; Mellyne Henriques Guerra¹; Fernanda de Castro Vasconcelos¹; Camila Ricci Calasans²; Susan Soares de Carvalho¹.

1. Graduação em Medicina da Universidade Tiradentes de Sergipe; 2. Sem afiliação

Introdução/Fundamentos

O hiperaldosteronismo primário (HP) decorre da produção excessiva e autônoma de aldosterona com supressão da atividade plasmática renina traduzida clinicamente por hipertensão arterial sistêmica (HAS) e hipocalcemia. A doença renal policística (DRP) é uma desordem genética autossômica dominante caracterizada por cistos renais progressivos que podem ocasionar falência renal. Ambas doenças são causas de hipertensão secundária e há poucos casos de HP com DRP descritos na literatura.

Objetivos

Documentar um caso de HAS secundária por HP associado a DRP.

Descrição do caso

Paciente do sexo masculino, 66 anos, foi ao pronto socorro com diarreia, fraqueza e pressão arterial de 230x120 mmHg. Havia relato de HAS há 21 anos com difícil controle no último ano mesmo em uso de Atenolol 50mg, Valsartana 320mg, Hidroclorotiazida 25mg e Clonidina 0,2mg, com história familiar de HAS. Exame físico sem outras alterações. Após alta, foi evidenciado hipocalcemia (K 3,3mmol/L), prescrito espironolactona (25mg) e encaminhado para endocrinologista para investigação. Realizada investigação de HAS secundária: hiperaldosteronismo, feocromocitoma, função tireoidiana, HAS renovascular e doença parenquimatosa renal. Resultados evidenciaram potássio(K 4,0mmol/L pós correção) creatinina(1,66mg/dL), ureia(48mg/dL), aldosterona(23,2ng/dL), atividade plasmática de renina (APR) <0,14ng/mL/h. Tomografia computadorizada de adrenais sem contraste com leve espessamento não nodular bilateral. Teste da postura ereta com elevação de

aldosterona (29,4 para 41,5ng/dL) sugestivo de hiperplasia. Diagnosticado com HP, otimizada dose de espironolactona e encaminhado para nefrologista por piora da função renal (cr 1,96 mg/dL). Ressonância de abdome e pelve sem contraste com múltiplos cistos corticais renais bilaterais maiores medindo 12,2 cm à direita e 10,2 cm à esquerda, sendo diagnosticado com DRP. Apresentou adequado controle pressórico com Valsartana (320mg), Atenolol (50mg) e Espironolactona (75mg) e Clonidina (0,2mg) além de estabilização da função renal (creatinina 1,8mg/dL) e K normal (4,5mmol/L).

Conclusões/Considerações Finais

As principais causas de HAS secundária devem ser investigadas de acordo com o quadro clínico e laboratorial do paciente. Embora menos frequentes, o HP e a DRP foram diagnosticados possibilitando o controle e redução da morbimortalidade. Importante pontuar que o HP contribui para a progressão dos cistos renais necessitando de intervenção terapêutica precoce.

Referências Bibliográficas

- WILLIAMS, T. A.; REINCKE, M. Management of endocrine disease: diagnosis and management of primary aldosteronism: the Endocrine Society guideline 2016 revisited. *European journal of endocrinology*, v. 179, n. 1, p. R19-R29, 2018.
- DA SILVA, F. S. M et al. Hiperaldosteronismo primário: aprendendo sempre para melhorar resultados. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, v. 13, n. 2, p. 158-161, 2006.
- FUNDER, John W. et al. The management of primary aldosteronism: case detection, diagnosis, and treatment: an endocrine society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, v. 101, n. 5, p. 1889-1916, 2016.

