

**TÍTULO: PARALISIA FLÁCIDA HIPOCALÊMICA POR  
HIPERALDOSTERONISMO PRIMÁRIO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL  
PARA SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ: UM RELATO DE CASO.**

Raquel Araújo Veiga Melo<sup>1</sup>;

Edoarda Vasco de Albuquerque Albuquerque<sup>2</sup>;

Arthur Tenório de Holanda<sup>3</sup>;

Angel Liz Bispo de Souza<sup>4</sup>.

**Introdução:** A Síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma doença autoimune que afeta a mielina dos nervos periféricos, sendo a principal causa de paralisia flácida aguda, em geral associada à doença infecciosa prévia. O Hiperaldosteronismo Primário (HAP) é causado por um aumento da produção de aldosterona, acarretando em Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e hipocalemia, que pode levar a uma fraqueza muscular e simular uma SGB. **Objetivo:** Descrever um caso de paralisia flácida por hipocalemia, secundária a um HAP, que se assemelhou ao curso clínico de uma SGB. **Métodos:** Relato de Caso. **Descrição do caso:** Mulher, 64 anos, admitida em Unidade de Terapia Intensiva para COVID-19, devido a sorologia com IgM+ para SARS-CoV-2, associada a um quadro de tetraparesia flácida que iniciou em Membros Inferiores e progrediu para Membros Superiores. Refere que não conseguia deambular sozinha e sofreu quedas devido a fraqueza. Nega incontinência urinária e déficit sensitivo. Recebeu a 1ª dose da vacina contra COVID-19 duas semanas antes do internamento, o que levou a suspeita da SGB. Fazia uso domiciliar de Olmesartana, Metoprolol e Espironolactona para tratamento de HAS. Na admissão, os exames mostraram Creatinoquinase (CK) 6.836 U/L e Potássio (K<sup>+</sup>) 1,3 mmol/L. Alega história de fraqueza prévia, com hipocalemia associada, com necessidade de internação. Após reposição endovenosa de K<sup>+</sup>, e uso continuado da espironolactona, houve normalização do potássio (3,7) e da CK (112), e resolução do quadro de paralisia. Na investigação da causa da hipocalemia, descartou hipertensão renovascular através de Doppler de artérias renais. Na avaliação laboratorial: apresentava dosagem de aldosterona elevada (19,1 ng/dL) e Atividade de Renina

<sup>1</sup>Acadêmica de Medicina. Centro Universitário Tiradentes - Afya, Maceió, Brasil. Email: Raquel.veigamelo@gmail.com.

<sup>2</sup>Médica. Residência Médica em Clínica Médica pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMSP). Residência Médica em Endocrinologia e Metabologia pela Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo (HCFMUSP). Email: edoarda.vasco@gmail.com.

<sup>3</sup>Acadêmico de Medicina. Centro Universitário Tiradentes - Afya, Maceió, Brasil. Email: tenorioholanda.arthur@gmail.com

<sup>4</sup>Acadêmica de Medicina. Centro Universitário Tiradentes - Afya, Maceió, Brasil. Email: angelliz@me.com

Plasmática suprimida (0,3 ng/mL/h) em vigência de espironolactona, com Relação Aldosterona/Renina de 64,3, reforçando o diagnóstico de HAP. A tomografia de abdome revelou nódulos bilaterais nas glândulas adrenais (direita 0,8x6cm e esquerda 1,5x1,1cm), sendo optado por tratamento clínico com dose otimizada de espironolactona. **Conclusões:** a hipocalcemia grave pode simular uma SGB e deve ser tratada, bem como investigada. O HAP é uma das principais causas de hipertensão arterial com hipocalcemia e é pouco avaliado na prática clínica. Fica evidente a importância de uma investigação detalhada diante de um quadro de paralisia flácida. **Descritores:** paralisia muscular, hipocalcemia, hiperaldosteronismo primário.