

RELATO DE CASO DE PACIENTE COM HIPERALDOSTERONISMO PRIMÁRIO COM HIPOCALEMIA SEVERA E HIPERTENSÃO REFRATÁRIA

Vanessa Campos Reis; Fabiana Ferreira Barbosa, Ziza Emi Sakamoto, Juliana Alencar de Arruda Câmara ; Matheus Lucas da Silva Santana.

Palavras-chave: Hiperaldosteronismo primário; Hipocalemia refrataria; Hipertensão arterial sistêmica resistente

Introdução

O hiperaldosteronismo primário (HP) tem como principais características clínicas a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a hipocalemia severa. Devido a essas alterações clínicas e laboratoriais o paciente pode apresentar queixas de fraqueza muscular, parestesias, paralisia intermitente, tetania e poliúria.

Objetivo

Relatar o caso de hiperaldosteronismo primário e a importância do diagnóstico correto, a fim de evitar complicações cardíacas (arritmias) com risco de morte.

Métodos

Neste trabalho foi realizado um relato de caso, retrospectivo e observacional do paciente, através de atendimentos com o mesmo e revisão do prontuário.

Relato de caso

Paciente feminina, 51 anos, parda, com comorbidades (HAS), foi internada na Fundação Hospital Adriano Jorge, com história de diversas internações anteriores por hipocalemia severa, refratária a reposição de potássio (K), com queixa de cefaleia, dores em membros inferiores com início há 1 ano, associada a parestesia de pior intensidade a noite, evoluindo para membros superiores com diminuição da força muscular. Durante a internação, realizou-se exames laboratoriais, dentro da normalidade, exceto pela hipocalemia severa (1,8 mmol/L), mesmo após reposição de K, atingindo um nível sérico máximo de 3,2 mmol/L. Notou-se, também, HAS resistente em uso de losartana, hidralazina, nifedipino e nebivolol, em dose otimizada. Devido a clínica do paciente, a hipocalemia severa e a HAS resistente foi suscitada a hipótese de HP. Desse modo, foi solicitado tomografia de abdome sem contraste (nódulo hipodenso na adrenal esquerda de 1,6 por 1,2 centímetros (cm) com 0,6 unidade de Hounsfield de densidade) e ressonância magnética de abdome (formação nodular adrenal esquerda de 2,1 por 1,8 cm). Assim, foi solicitado a dosagem da

relação aldosterona sérica (76 ng/dL) e atividade da renina plasmática (0,14mU/mL), confirmando a hipótese diagnóstica de HP, logo, foi prescrito espironolactona, reposição de K e os anti-hipertensivos. Junto a melhora clínica e laboratorial, a paciente progrediu com alta hospitalar e foi encaminhada para os ambulatórios de endocrinológico da Fundação Hospital Adriano Jorge e ao de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Getúlio Vargas para realização de adrenalectomia.

Conclusão

Desse modo, no hiperaldosteronismo primário, os sintomas dessa patologia podem surgir devido ao aumento da produção do hormônio aldosterona pelas glândulas adrenais, resultando em um desequilíbrio eletrolítico e, conseqüentemente, complicações cardíacas (arritmias) com risco de morte.