

Síndrome de Conn como etiologia de emergência hipertensiva

Isadora Cambruzzi, Laís Lopes Pires, Marcia de Almeida Lopes Picanço, Anna Maria Amaral de Oliveira, Matheus Müller, Débora Luz Moutinho, Mariana Guedes, Katia Luz, Wolney Martins

Introdução

O hiperaldosteronismo primário (HP) ou Síndrome de Conn é a forma mais comum de hipertensão secundária (HS), com prevalência de 20% em pacientes com hipertensão resistente, 10% nos pacientes com hipertensão severa e 6% naqueles com hipertensão não complicada. Apenas uma pequena fração dos pacientes com HP são diagnosticados e tratados.

Relato de Caso

Masculino, 39 anos, obeso, dislipidêmico, diabético, hipertenso desde os 17 anos em tratamento irregular - com lesões de órgão alvo (retinopatia hipertensiva e hipertrofia ventricular esquerda) e relato de Fibrilação Atrial (FA) revertida com cardioversão elétrica, internado devido quadro de cefaleia, náuseas/vômitos e picos hipertensivos. Tomografia de crânio normal.

Durante internação, apresentou hipocalcemia leve (3,3 mmol/L). Exames realizados ambulatorialmente com elevação discreta de catecolaminas séricas e urinárias. Complementada investigação, durante internação, para etiologias de HS com Doppler de artérias renais normal e dosagem de aldosterona com resultado dentro dos valores de normalidade, porém com redução da relação aldosterona/atividade da renina plasmática. Teste confirmatório em solução salina com resultado positivo.

Tomografia de abdome apresentava glândula adrenal esquerda com espessamento nodular de intensidade intermediária, medindo 1,6 x 1,7 cm. Complementado com Ressonância de abdome que confirmou presença de nódulo em adrenal esquerda isointenso em T1, com realce após contraste na localização do pilar medial, sugerindo adenoma pobre em gordura.

Firmado diagnóstico de Síndrome de Conn com indicação de intervenção cirúrgica. Realizado ajuste de anti-hipertensivo e associada espironolactona. Evoluiu com melhor controle dos sintomas, proposta de abordagem cirúrgica eletiva.

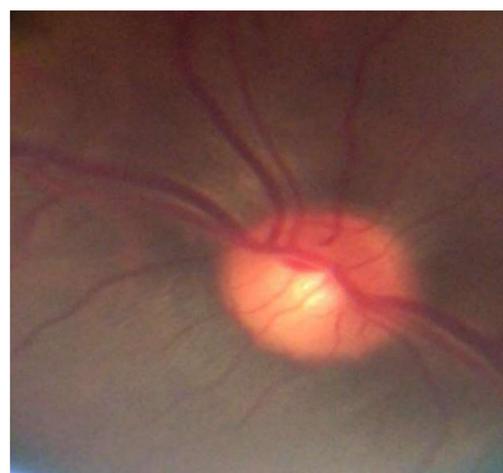
Referências:

1. Primary Aldosteronism: Practical Approach to Diagnosis and Management. *Circulation*. Vol. 138, N8.
2. Primary Aldosteronism. JACC, State-of-the-Art Review. *Journal of the American College of Cardiology*. Vol. 74, N22, 2019.
3. Pathogenesis and treatment of primary aldosteronism. *Nature Reviews | Endocrinology*.
4. Hiperaldosteronismo primário: diagnóstico e complicações clínicas. *Rev Bras Hipertens* vol.16(1) 2009.

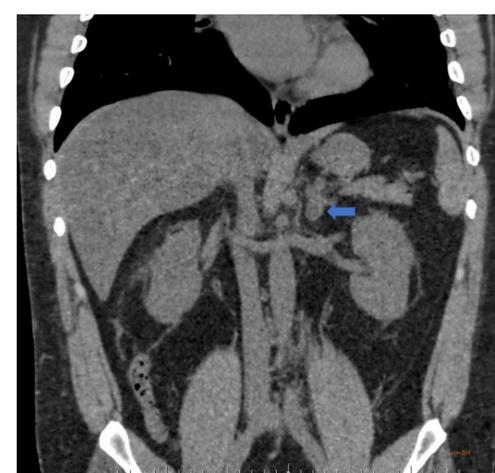
Discussão / Conclusão

A precoce identificação é essencial para a HP. O caso torna-se relevante para reforçar a importância da suspeição de HP para diagnóstico e tratamento específico. O paciente relatado apresentava níveis elevados de pressão arterial e lesão de órgão alvo, o que é incomum em pacientes jovens, apesar das comorbidades associadas.

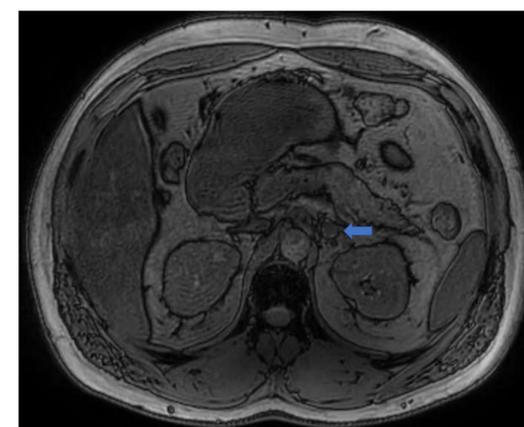
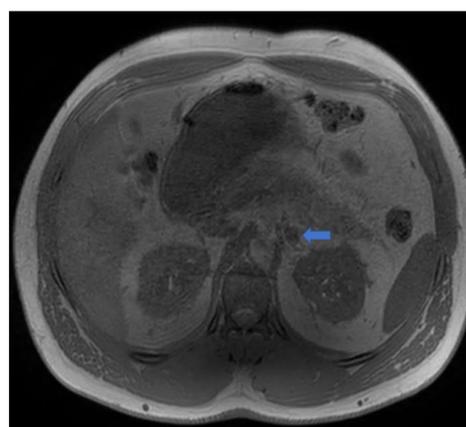
A triagem é simples e acessível e deve ser implementada rotineiramente em pacientes com hipertensão resistente, hipertensão com hipocalcemia ou hipertensão de início precoce com complicações secundárias, como FA. Testes confirmatórios e exames de imagem são complementares ao correto diagnóstico e essenciais ao tratamento.



Fundoscopia: Aumento da tortuosidade vascular, cruzamento arteriovenoso patológico e hemorragia retiniana puntiforme



Tomografia de abdome sem contraste evidenciando glândula adrenal esquerda com espessamento nodular de 1,6x1,7cm.



Ressonância de abdome evidenciando nódulo em adrenal esquerda isointenso em T1, com realce após contraste na localização do pilar medial, sugerindo adenoma pobre em gordura.