

CRISE ADRENAL EM PACIENTE COM HIPERALDOSTERONISMO PRIMÁRIO: RELATO DE CASO

Amanda da Silva Brito¹; Gustavo Henrique Alcântara Batista Melo²; Maria Beatriz Rodrigues Esteves Moura³; José Vitor Terêncio Silva⁴; Flávio José Siqueira Pacheco⁵

1. Real Hospital Português de Beneficência em Pernambuco, Recife - PE, Brasil. Email: sbrito.amanda@gmail.com
2. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), Recife-PE, Brasil. Email: gustavohabm@gmail.com
3. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), Recife-PE, Brasil. Email: beatrizremoura@gmail.com
4. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), Recife-PE, Brasil. Email: vitor.terencio97@gmail.com
5. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), Recife-PE, Brasil. Email: flaviojspacheco@gmail.com

Introdução: A hipersecreção primária de aldosterona é uma causa subdiagnosticada de hipertensão, apesar de estudos mais recentes terem apontado aumento da sua prevalência - cerca de 1,3 a 6,3 vezes em um ano - com o uso de estratégias de detecção precoce. A evolução desta condição para crise adrenal é rara, e geralmente relatada apenas em cenários pós-adrenalectomia.

Objetivos: Discorrer sobre um caso de crise adrenal em paciente com hiperaldosteronismo primário pré-adrenalectomia.

Métodos: As informações para este relato de caso foram obtidas com a paciente e também através do prontuário, além de revisão de literatura.

Resultados: F.P.L, feminina, 32 anos, diagnosticada com hipertensão arterial sistêmica há 2 anos, em uso de losartana e anlodipino, foi admitida em serviço de atenção terciária com quadro de palpitações, mal-estar e perda de peso não intencional de 10% em 6 meses. Havia buscado múltiplos atendimentos em urgências, com evidência de hipocalcemia de repetição (potássio sérico médio de 2,1 mg/dL), as quais eram manejadas com reposições venosas e sintomáticos. Por hipertensão de difícil controle e suspeita de hiperaldosteronismo primário foram iniciados enalapril 40 mg/dia e espironolactona 100 mg/dia. Evoluiu com quadro de astenia generalizada e vertigem, com exames laboratoriais evidenciando eosinofilia e hipercalemia, sendo realizado diagnóstico clínico de crise adrenal, confirmada com dosagem de cortisol sérico às 8h (5,6µg/dL) na vigência de hipotensão, e iniciado tratamento com hidrocortisona. Outras causas de hipertensão secundária, como estenose de artéria renal e feocromocitoma foram excluídas com exames complementares, e a dosagem de renina e aldosterona plasmáticas foram compatíveis com hiperaldosteronismo - atividade de renina (0,1 ng/mL/h) e aldosterona (60,3 ng/dL), com relação renina/aldosterona bastante elevada (603). Realizada ressonância magnética com protocolo para adrenal com lesão sugestiva de angiomiolipoma. Indicada realização de adrenalectomia à esquerda com confirmação histopatológica de adenoma corticomedular.

Conclusões: Conclui-se, portanto, que se trata de um caso raro de crise adrenal pré-adrenalectomia em uma paciente com hiperaldosteronismo primário, manejado cirurgicamente. Corrobora-se a importância de suspeição diagnóstica de insuficiência adrenal diante de uma apresentação clínica clássica a fim de evitar atrasos diagnósticos e de instituir as terapêuticas adequadas brevemente.

Palavras-chave: Hiperaldosteronismo; Insuficiência Adrenal; Adrenalectomia