



FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

Departamento de Clínica Médica

REUNIÃO CLÍNICA

ANO: 2023

Número: 11

Data: 02/06/2023

Local: Anfiteatro do Ceaps

Horário: 7h30

Modalidade: Discussão de Caso Clínico

Relatora: Profa. Dra. Margaret de Castro

CASO 1: RPD, 28 anos, natural de Cuiabá- MT, procedente de Ribeirão Preto- SP, solteira, auxiliar administrativo # Triagem Endocrinologia em 03/02/2016.

Paciente refere diagnóstico de Hipertensão Arterial (HA) há três anos em exame admissional (PA: 200x120 mmHg). Fez uso de diversos anti-hipertensivos sem controle da HA (atenolol, losartana, entre outros). Apresentou alguns picos pressóricos associados à *rash* cutâneo em região cervical e torácica. Nega palpitações. Refere que obteve controle da PA com introdução de espironolactona. Durante investigação para HA secundária foi visualizado um nódulo em adrenal e a paciente encaminhada a este serviço.

AP: rinite alérgica, nega outras comorbidades prévias. Nega cirurgias prévias. Menarca aos 15 anos. Ciclos irregulares, atualmente em uso de anticoncepcional oral. Está também em uso de espironolactona 25mg 12/12 h. Hábitos: nega tabagismo e uso de drogas ilícitas. Etilismo social.

AF: Pai com HA em uso de 3 medicações e IAM recente, mãe hígida, 1 irmão hígido. Avô materno morreu de câncer (não sabe qual), avó materna com câncer, ainda viva (não sabe o órgão), tia materna teve câncer de mama.

EF: peso: 53kg estatura: 1,59m

BEG, eupneica, acianótica, anictérica, face atípica. Sistema Cardiovascular: 2BRNF, sem sopros, FC:80, PA: 120x90mmHg. Sistema respiratório: MV preservado, ausência ruídos adventícios. Abdome: não examinado. Extremidades: panturrilhas livres, sem edema de membros inferiores

ID: HAS de início precoce, HAS secundária?

Hiperaldosteronismo primário?

CD: suspenso espironolactona. Prescritos hidralazina 25mg 12/12 horas e diltiazem 60mg 12/12 horas. Solicitado aldosterona, renina, Na, K, ureia, creatinina (colher após 4 semanas da suspensão da droga)

Exames HCRP de 09/03/2016: Sódio: 141,50 (vn: 135,0 a 145,0 mmol/l); Potássio: 4,00 (vn: 3,5 a 5,0 mmol/l), Creatinina: 0,81 (vn: 0,7 - 1,5 mg/dl), Ureia: 25,00 (vn: 10,0 - 50,0 mg/dl). Metanefrinas fracionada urinárias, Volume 1850 ml: Metanefrinas 50 mcg/24h (VR <50) / Normetanefrinas 63 mcg/24h (VR <148) / Total: 113 mcg/24h (VR <205). Aldosterona: 34,9 ng/dl; USG: rins e vias urinárias normais. Visualizado nódulo em adrenal direita medindo 1,6x1,5x1,0 cm.

Cd: discutido caso e solicitado CT abdome com protocolo adrenal. Como paciente com aldosterona de 34,9ng/ml e ARP de 0,1ng/ml/h (dosagem externa), indicado internação para realização de teste da salina com coleta de renina e aldosterona.

Paciente internou em 01/junho de 2016 para realização de teste salina.

Teste salina:

Aldosterona basal- 49,2 ng/dl

Aldosterona pós – 41,9 ng/dl

Renina plasmática <2,0 mU/l

Sódio: 141,0 (vn: 135,0 a 145,0 mmol/l) / Potássio: 4,0 (vn: 3,5 a 5,0 mmol/l)

CT abdome de 21/07/2016: Nódulo na adrenal direita, circunscrito, homogêneo, bem delimitado e de contornos regulares, com coeficiente de atenuação médio de 0 uh na fase pré-contraste, medindo cerca de 1,6 x 1,0 cm no plano axial, com *washout* absoluto de 63%.

Discutido caso na reunião da urologia/endócrino

Paciente com diagnóstico bioquímico confirmado de hiperaldosteronismo primário, CT mostrando nódulo em adrenal direita, rico em gordura, com clareamento rápido, sugestivo de adenoma: Indicado cirurgia por videolaparoscopia.

Paciente interna para realização de adrenalectomia por videolaparoscopia. Estava assintomática, não estava usando espironolactona há 2 dias e negava uso de outros anti-hipertensivos. Paciente submetida a adrenalectomia direita por videolaparoscopia em 08/11/16 sem intercorrências: exérese de nódulo firme e amarelado 1,0 cm em adrenal direita. A evolução será discutida na reunião clínica

Caso 2: LFF, 39 anos, professor, natural e procedente de Casa Branca -SP, solteiro, católico. #TRIAGEM Endocrinologia: 07/2018

QPD: Encaminhado pela nefrologia por HAS de difícil controle

HMA: Paciente relata que aos 25 anos iniciou quadro de cefaleia de forte intensidade, procurando Pronto Socorro e evidenciado PA de 180x110mmHg. Internado para compensação. Iniciou seguimento com cardiologia, que prescreveu hidroclortiazida + losartana; mesmo assim, manteve descontrole pressórico. Em 2017, encaminhado a CCP para retirada de nódulo em parótida. No entanto, a cirurgia foi suspensa diversas vezes por picos pressóricos. Encaminhado ao ambulatório de hipertensão do HCFMRP-USP, sendo ajustado esquema anti-HAS: losartana 50mg 12/12h, anlodipino 5 mg e atenolol 50mg 12/12h, mas ainda com descontrole pressórico. Nega paroxismos durante os picos pressóricos. Ganho de 8kg desde fevereiro. Nega alterações urinárias. Refere hábito intestinal diário e sem alterações. Paciente com história prévia de hipocalemia (outubro de 2017: 2,99 mmol/l).

AP: nega DM ou Dislipidemia. Cirurgias prévias: correção de desvio de septo, exérese de nódulo em parótida (sialolitíase). Trauma tíbia esquerda após queda da própria altura com correção cirúrgica (ruptura de ligamento) em fevereiro de 2018. Ex tabagista - cessou em 2016, 7 maços ano. Nega etilismo. Sedentário. Em uso: diltiazem 60mg 2x/d, hidralazina 50mg 3x/d, doxazosina 2mg 1x/dia, KCl 1cp 2x/d.

AF: mãe: HAS, faleceu aos 39 anos por aneurisma cerebral roto, 03 casos na família materna de aneurisma (tias da mãe e sobrinhas). Pai: HAS com 2 IAM prévio, último fulminante aos 78 anos, 3 irmãos - irmã com HAS não sabe a idade do diagnóstico, atualmente com 43 anos.

EXAME FÍSICO: PESO 95.4 | EST 1,70 CM | IMC 32 KG/CM2

BEG, corado, hidratado, eupneico em ar ambiente. Região cervical: tireoide tópica, sem nódulos ou linfonodomegalias. Sistema respiratório: MV + bilateralmente sem ruídos adventícios. Sistema Cardiovascular: ritmo regular em 2t, bulhas normofonéticas, sem sopros, PA: 140x100 mmHg, FC: 68bpm. Abdome: globoso, RHA+, indolor a palpação, sem massas ou visceromegalias, estrias nacaradas em abdome. Extremidades: sem edemas, boa perfusão periférica, panturrilhas livres.

EXAMES PRÉVIOS

19/12/17 (HCFMRP-USP- solicitados pela nefrologia): Renina 4.1 MU/L, Aldosterona 29 ng/dl NA 142 mmol/L K 4.31 mmol/L Creatinina 0.77 mg/dl.

HD: HAS de início jovem e difícil controle + hipocalcemia: hiperaldosteronismo primário? obesidade grau I.

EVOLUÇÃO

26/07/18: cortisol plasmático <1.2 ug/dl / cortisol salivar (ng/dl): 9h – 125; 23h <60 /pós dexta - <60 cálcio: 10.1 mg/dl; albumina 4.26 ; fósforo: 2.6 mg/dl; Na:138 mmol/l; K: 4.11 mmol/l; Creatinina 0.71mg/dl; Ureia: 24 mg/dl.

19/12/17: Aldosterona >20ng/dl em uso de diltiazem 60mg 12/12h, hidralazina 50mg 8/8h, doxazosina 2mg. Renina supressa.

Paciente com história de hipocalcemia, elevação da aldosterona e renina supressa: dispensado teste confirmatório e solicitado TC protocolo adrenal (jun/18): adrenais com contornos, coeficientes de atenuação e dimensões normais. Nefrolitíase direita (cálculo de 2mm em polo inferior de rim direito).

#Reunião uro/end/rad (set/18): indicado teste de supressão com dexametasona para investigação de hiperaldosteronismo familiar tipo I visto história familiar de aneurisma cerebral em indivíduos jovens. Internação em 28/11/18 para outras coletas: renina <2mu/l e Aldosterona 17.2 ug/dl, Na 142 mmol/l, K 3.77mmol/l , ACTH 26.5pg/ml, DHEAS 8.2 ug/dl. Cortisol basal 7 ug/dl; após 48h e após 96h de dexta: cortisol <1.2 ug/dl e <1.2 ug/dl, respectivamente; Aldosterona basal 17.7 ng/dl e aldosterona após dexta 14.2 ng/dl. Internação em 12/02/19 para realização de cateterismo seletivo de artéria adrenais, em uso de diltiazem 120mg 8/8h e doxazosina 4 mg/d. Resultados do Cateterismo de adrenal (11/03/19) serão apresentados na reunião.

Atual: em uso de diltiazem 120mg 12/12h, doxazosina 4mg 12/12h, espironolactona 25mg/d, hidralazina 25mg 12/12h, glifage XR 850mg 0-2-2, insulina NPH 36-0-0-20

Controle pressórico: PAS 100-150 mmhg//PAD 80-110mmhg.