LUMEN ET VIRTUS

Hipertensão refratária em paciente jovem: Um relato de caso

https://doi.org/10.56238/levv15n40-063

Rafael Moura Castro
Graduado em Medicina
Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE)
E-mail: rafamouracastro@gmail.com

Beatriz Bandeira Nasorri
Graduada em Medicina
Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE)
E-mail: beatrizbandeiranasorri@hotmail.com

Isabela Ewbank Barbosa
Graduada em Medicina
Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE)
E-mail: iewbankbarbosa@gmail.com

Luiza Travalini de Abreu Louzada
Graduada em Medicina
Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE)
E-mail: luizatravalini@hotmail.com

RESUMO
Introdução: O feocromocitoma, um tumor raro originário do tecido cromafim da medula suprarrenal, tem prevalência de cerca de 0,1-0,6% em pacientes com hipertensão. Geralmente benigno, sua remoção cirúrgica pode ser curativa. Contudo, atrasos no diagnóstico e tratamentos inadequados podem levar a altas taxas de mortalidade e morbidade. Relato de Caso: Homem de 23 anos, com histórico de hipertensão arterial resistente desde dezembro de 2022, apresentou sintomas de cefaleia, palpitação, sudorese e ansiedade. Testes revelaram níveis elevados de metanefrinas e catecolaminas, levando à suspeita de feocromocitoma. Uma ressonância magnética de abdômen identificou uma lesão expansiva na adrenal direita. O tratamento incluiu manejo clínico com alfa e beta bloqueadores, seguido de adrenalectomia bem-sucedida, resultando em melhora dos sintomas e da hipertensão. Discussão: O caso ilustra a complexidade inerente ao diagnóstico de feocromocitoma, uma condição que frequentemente se manifesta de maneira sub-reptícia em pacientes hipertensos. A resistência à terapia anti-hipertensiva convencional, combinada com sintomas como cefaleia, palpitações e sudorese, deve levantar suspeitas de hipertensão secundária e, por consequência, de feocromocitoma. Este caso sublinha a importância de uma avaliação diagnóstica meticulosa em pacientes com hipertensão refratária. Conclusão: O feocromocitoma, apesar de ser uma causa rara de hipertensão, representa um diagnóstico diferencial crucial em hipertensão secundária. O diagnóstico precoce e a intervenção cirúrgica adequada são fundamentais para prevenir a morbidade e mortalidade associadas. Este caso reforça a necessidade de vigilância clínica para sintomas sugestivos e a importância de investigações diagnósticas apropriadas em pacientes com hipertensão resistente, particularmente em jovens.

Palavras-chave: Feocromocitoma, Hipertensão secundária, Diagnóstico.

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial secundária, distinta da hipertensão essencial por ser decorrente de uma condição médica específica, representando um aspecto crucial no diagnóstico diferencial de pacientes hipertensos. Enquanto a hipertensão essencial é idiopática e representa a grande maioria dos casos, a hipertensão secundária, que inclui o feocromocitoma como uma de suas causas, é responsável por uma pequena, mas significativa parcela dos casos de hipertensão. Além do feocromocitoma, outros diagnósticos diferenciais comuns incluem doenças renais, desordens endócrinas, como o hiperaldosteronismo primário, e estenose da artéria renal1.

Globalmente e no Brasil, a hipertensão arterial secundária é menos prevalente que a hipertensão essencial, mas sua identificação é vital devido às implicações terapêuticas específicas. A suspeita de hipertensão arterial secundária deve surgir em situações clínicas particulares, como o início súbito de hipertensão em jovens, hipertensão grave ou resistente ao tratamento convencional, e a presença de sintomas ou sinais clínicos que apontam para uma causa secundária específica1.

O feocromocitoma em si é um tumor originário das células cromafins do eixo simpático adrenomedular, caracterizado pela autonomia na produção de catecolaminas, como adrenalina e noradrenalina. Sua localização mais comum é na medula adrenal, correspondendo a 90% dos casos, embora possam também surgir como paragangliomas extra-adrenais2.

Estes tumores apresentam uma incidência de cerca de 0,1% nos hipertensos e são mais frequentes entre a terceira e a quinta décadas de vida, com incidência ligeiramente maior em mulheres que em homens. Mais de 90% dos feocromocitomas são benignos e únicos, e a ressecção tumoral geralmente leva à cura. Contudo, quando malignos, podem apresentar metástases frequentes em ossos, linfonodos, fígado, pulmões, cérebro e cordão espinhal. Cerca de 32% dos feocromocitomas são tumores múltiplos ou bilaterais, com maior incidência em crianças e casos de caráter familiar, especialmente associados à neoplasia endócrina múltipla (NEM) tipo 2a e 2b2.

A manifestação clínica mais comum do feocromocitoma é a hipertensão arterial, afetando mais de 90% dos pacientes. A tríade clássica do feocromocitoma inclui cefaleia, sudorese profusa e palpitações, mas os pacientes também podem apresentar sintomas como ansiedade, rubor facial, palidez cutânea, náuseas, vômitos, dispneia e dor precordial. Complicações cardiovasculares incluem angina, infarto agudo do miocárdio, miocardite e cardiomiopatia congestiva dilatada. Sendo que edema agudo de pulmão, arritmias cardíacas, acidentes vasculares cerebrais e hipotensão ortostática são outras manifestações possíveis[8].

2 METODOLOGIA

O presente trabalho consiste em um estudo descritivo, em forma de relato de caso. Foram obtidas informações através de prontuário eletrônico e informações disponíveis na própria instituição de atendimento. A análise dos dados foi feita de forma anônima e a presente discussão não inclui identificação da paciente em questão, não se fazendo necessário o uso de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3 RELATO DE CASO

O caso apresentado envolve um paciente masculino de 23 anos com histórico clínico de hipertensão arterial refratária em acompanhamento cardiológico a nível ambulatorial desde dezembro de 2022. Esta condição era acompanhada por episódios intermitentes de cefaleia refratária, sudorese, palpitações e sintomas de síndrome da apneia-hipopneia obstrutiva do sono (SAHOS), posteriormente atribuída a um desvio de septo. Além disso, o paciente também relatava episódios de crise de ansiedade.

Dentre as medicações de uso contínuo incluíam-se losartana (50 mg 2x/dia), hidroclorotiazida (25 mg/dia), anlodipino (5 mg/dia) e espironolactona (25 mg/dia). Apesar desse regime terapêutico, a hipertensão e sintomatologia do paciente persistiam, indicando a necessidade de uma investigação mais aprofundada para identificar causas subjacentes e otimizar o tratamento.

No contexto do estudo do caso, foi solicitada a internação do paciente e realizado uma série de exames complementares para uma avaliação mais detalhada. Dentre os exames realizados, se destacam os seguintes com os principais achados: Ecocardiograma transtorácico revelou uma fração de ejeção ventricular esquerda (FEVE) de 56%, acompanhada de movimentação anormal do septo interventricular. Um Holter confirmou um ritmo cardíaco sinusal sem alterações arrítmicas significativas. Adicionalmente, um ultrassom Doppler das artérias renais mostrou rins com dimensões e ecotexturas normais, sem anormalidades na dopplerfluxometria.

Em relação aos exames laboratoriais mais relevantes durante a internação, destacam-se: hemoglobina glicada de 6,1%, creatinina de 0,71, ureia de 38, potássio de 4,0, sódio de 139, LDL de 100, T4L de 1,18, TSH de 2,84 e microalbuminúria de 5,10 mg/dL. Além disso, as catecolaminas e metanefrinas apresentaram valores significativamente elevados, com catecolamina sérica de 9569 (normal até 420), catecolamina urinária de 769,7 (normal 80-500) e metanefrina urinária >5000 (normal até 718).

Devido a sintomatologia clássica associado ao aumento dos níveis de catecolaminas e metanefrinas, uma ressonância magnética do abdome e pelve foi solicitada revelando achados significativos. A análise identificou uma lesão expansiva sólido-cística circunscrita na adrenal direita, com realce heterogêneo ao meio de contraste, medindo aproximadamente 6,9 x 4,9 cm. Este achado

radiológico, dada a sua natureza e características, associado aos demais achados descritos selou o diagnóstico de feocromocitoma.

Figura 1: Ressonância magnética de abdômen corte coronal evidenciando tumor em adrenal direita.



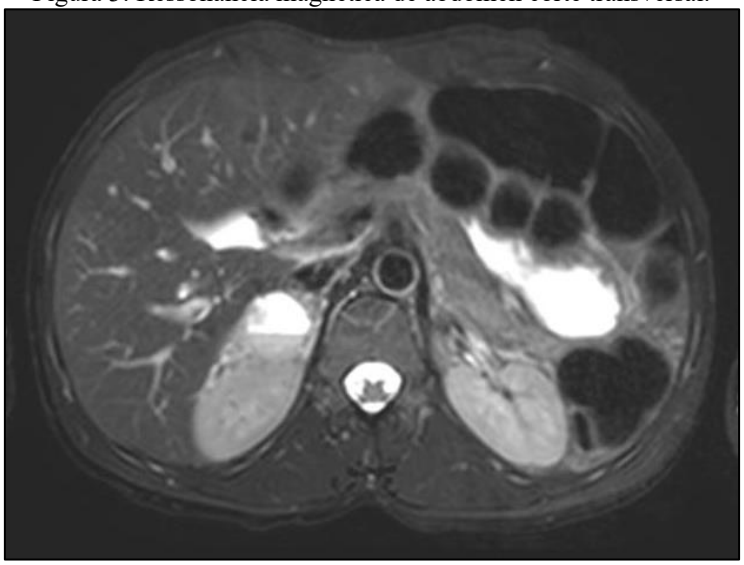
Fonte: acervo dos autores.

Figura 2: Ressonância magnética de abdômen corte coronal evidenciando tumor em adrenal direita.



Fonte: acervo dos autores.

Figura 3: Ressonância magnética de abdômen corte transversal.



Fonte: acervo dos autores.

Diante do diagnóstico de feocromocitoma, procedeu-se com o manejo clínico e preparo pré-operatório. Neste contexto, como o paciente já estava em uso das medicações anti-hipertensivas já citadas anteriormente, foi adicionado primeiramente a doxasozina 4 mg/dia para realizar o alfa bloqueio e, posteriormente, acrescentado carvedilol 3,125 mg de 12/12 horas para o beta bloqueio. Dessa forma, após duas semanas de controle da pressão arterial seguido da frequência cardíaca, foi realizado o procedimento cirúrgico com adrenalectomia da glândula suprarrenal direita via laparoscopia sem intercorrências.

Após o procedimento, o paciente permaneceu mais cinco dias internados para acompanhamento clínico e desmame completo de todos os anti-hipertensivos e do betabloqueador. Recebeu alta após e, atualmente segue em acompanhamento pela equipe de cardiologia e endocrinologia a nível ambulatorial, onde foi confirmado pelo exame de anatomopatológico o feocromocitoma de caráter benigno e o mesmo segue assintomático.

4 DISCUSSÃO

O Feocromocitoma é uma neoplasia rara, majoritariamente benigna, que se origina das células cromafins do sistema simpático adrenomedular. Estes tumores são notáveis pela produção autônoma de catecolaminas, especialmente adrenalina e noradrenalina1. Embora a maioria se localize na medula adrenal (90% dos casos), eles também podem surgir em outras regiões como paragânglios, tórax, bexiga ou cérebro, classificados então como feocromocitomas extra-adrenais ou paragangliomas[2].

A prevalência é mais alta em adultos jovens e de meia-idade, variando entre 30 e 60 anos. A incidência dentre pacientes hipertensos é de aproximadamente 0,1%, sendo mais frequente nas mulheres[5]. Os feocromocitomas são em sua maioria tumores únicos, com a ressecção cirúrgica geralmente resultando em cura. No entanto, os casos malignos são mais desafiadores, com potencial

para metástase em várias localizações como ossos, linfonodos, fígado, pulmões, cérebro e medula espinhal[2].

O quadro clínico mais comum é a hipertensão arterial, afetando mais de 90% dos pacientes. Esta hipertensão é frequentemente resistente ao tratamento anti-hipertensivo convencional, mas pode responder parcialmente a bloqueadores alfa-adrenérgicos, bloqueadores dos canais de cálcio e nitroprussiato de sódio1. A hipertensão é sustentada em metade dos casos, enquanto o restante apresenta paroxismos hipertensivos. Além disso, a tríade clássica de sintomas associados à hipertensão inclui cefaleia, sudorese profusa e palpitações, com outros sintomas como ansiedade, rubor facial, palidez, náuseas, vômitos, dispneia e dor precordial também sendo comuns[5].

Para o diagnóstico, são essenciais a coleta de urina de 24 horas para dosagem das metanefrinas e catecolaminas urinárias, além da dosagem sérica. A sensibilidade e especificidade desses testes variam, e a interferência de certos alimentos e medicamentos é um fator importante a considerar. O diagnóstico preciso muitas vezes exige a combinação de ambos os testes[3].

Na urina de 24 horas mede-se os níveis de catecolaminas (epinefrina, norepinefrina) e metanefrinas (metanefrina e normetanefrina) sendo que esse teste possui uma sensibilidade de 77-90%. Já a dosagem das metanefrinas e catecolaminas séricas apresentam uma alta sensibilidade (97-99%), mas com especificidade relativamente baixa (85%), podendo resultar em alguns falsos positivos[3].

É importante ressaltar que certos alimentos (como cafeína, bananas e chocolate) e medicamentos (como o paracetamol) podem interferir nos resultados dos testes, porém pacientes com feocromocitoma geralmente apresentam elevação significativa nos níveis de catecolaminas ou metanefrinas, frequentemente mais de duas a três vezes acima do limite superior da normalidade8.

Após a confirmação bioquímica, são realizados exames de imagem para localizar o tumor. As modalidades incluem tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM) do abdome, pelve e, em alguns casos, de outras áreas suspeitas6. A TC e a RM têm sensibilidades similares (90-100%) e especificidades (70-80%) para a detecção de feocromocitomas[10].

Em alguns casos, estudos de imagem funcional, como a cintilografia com MIBG (meta-iodobenzilguanidina) ou PET-CT (tomografia por emissão de pósitrons), são empregados. Estes testes usam radioisótopos para identificar tumores funcionais, sendo particularmente úteis quando os tumores são difíceis de localizar com TC ou RM6. Em casos com suspeita de componente genético ou familiar, testes genéticos podem ser indicados para identificar síndromes associadas e guiar o manejo clínico do paciente e de familiares[5].

Antes da cirurgia, é crucial estabilizar a pressão arterial e volume sanguíneo do paciente. Medicamentos como bloqueadores alfa-adrenérgicos são frequentemente utilizados para controlar a hipertensão8. O uso de bloqueadores beta-adrenérgicos pode ser considerado após a estabilização com

bloqueadores alfa, para controlar taquicardia e arritmias. A preparação pré-cirúrgica geralmente leva de 10 a 14 dias[9].

A adrenalectomia laparoscópica é a técnica mais comum para remover feocromocitomas. Em casos de tumores bilaterais ou múltiplos, pode ser necessária uma abordagem cirúrgica mais extensa. Para feocromocitomas malignos, a cirurgia pode não ser curativa devido à presença de metástases8. Nesses casos, o tratamento pode incluir terapias adjuvantes, como radioterapia, quimioterapia, e terapia com iodo radioativo (MIBG terapêutico). Estas opções, no entanto, têm eficácia limitada e são principalmente paliativas[9].

Após a cirurgia, o monitoramento regular dos níveis sanguíneos de catecolaminas e metanefrinas é essencial para detectar recorrência. Pacientes com feocromocitoma têm um risco elevado de desenvolver outros tumores endócrinos, principalmente aqueles com uma base genética ou familiar, exigindo monitoramento contínuo[3].

Em casos raros, onde a cirurgia apresenta riscos excessivos devido a outros problemas de saúde do paciente ou em feocromocitomas inoperáveis, o tratamento é conservador, focando no controle dos sintomas com medicamentos[9].

A taxa de sucesso da cirurgia é alta para feocromocitomas benignos, com a maioria dos pacientes retornando a uma vida normal após a recuperação. A taxa de recorrência após cirurgia é baixa, mas pode ser maior em casos com uma base genética. Para feocromocitomas malignos, o prognóstico é mais reservado, com taxas de sobrevivência variando significativamente com base na extensão da doença e resposta ao tratamento[8,9].

5 CONCLUSÃO

O estudo do feocromocitoma, apresentado neste artigo, reforça a importância de um diagnóstico diferencial cuidadoso em casos de hipertensão arterial refratária, especialmente em populações jovens. A investigação minuciosa, envolvendo avaliações clínicas detalhadas, testes laboratoriais e de imagem, é fundamental para a identificação correta desta patologia.

O tratamento, primordialmente cirúrgico, demonstra altas taxas de sucesso em tumores benignos, com a adrenalectomia resultando na resolução dos sintomas e normalização da pressão arterial. Nos casos malignos, abordagens adicionais como terapias adjuvantes são necessárias. Em suma, o feocromocitoma, embora raro, é uma entidade clínica significativa que requer uma abordagem de múltiplas especialidades e individualizada para otimizar os resultados do tratamento e o prognóstico do paciente.

REFERÊNCIAS

SOUSA, A. C. Sobral; ISSA, A. F. C.; FILHO, B. M.; NASCIMENTO, B. R.; FILHO, H. C.; VIEIRA, M. L. C.; BARROSO et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021. DOI: https://doi.org/10.36660/abc.20201238.

MARQUES, A. P. et al. Rev Port Endocrinol Diabetes Metab, v. 11, n. 2, p. 156–162, 2016. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.rpedm.2016.05.

CANO MEGÍAS, M.; RODRIGUEZ PUYOL, D.; FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, L.; SENCION MARTINEZ, G. L.; MARTÍNEZ MIGUEL, P. Pheochromocytoma-paraganglioma: Biochemical and genetic diagnosis. Nefrologia, v. 36, n. 5, p. 481-488, set.-out. 2016. DOI: 10.1016/j.nefro.2016.03.010. Epub 2016 May 6.

MOSQUERA GOROSTIDI, A.; JUSTO RANERA, A.; ZAKIRIAN DENIS, S. E.; GONZÁLEZ TEMPRANO, N.; SAGASETA DE ILÚRDOZ URANGA, M.; MOLINA GARICANO, J. Feocromocitoma y paraganglioma en la infancia: a propósito de 2 casos. An Pediatr (Barc), v. 82, n. 1, p. e175-80, jan. 2015. DOI: 10.1016/j.anpedi.2014.06.018. Epub 2014 Jul 28.

IGLESIAS, P. et al. Pheochromocytoma: A three-decade clinical experience in a multicenter study. Rev Clin Esp (Barc), v. 221, n. 1, p. 18-25, jan. 2021. DOI: 10.1016/j.rceng.2019.12.011. Epub 2020 Nov 25.

CORRAL DE LA CALLE, M. A. et al. Adrenal pheochromocytoma: Keys to radiologic diagnosis. Radiologia (Engl Ed), v. 64, n. 4, p. 348-367, jul.-ago. 2022. DOI: 10.1016/j.rxeng.2022.07.002.

PEREIRA, M. A.; SOUZA, B. F.; FREIRE, D. S.; LUCÓN, A. M. Feocromocitoma. Arq Bras Endocrinol Metabol, v. 48, n. 5, p. 751-75, out. 2004. DOI: 10.1590/s0004-27302004000500022. Epub 2005 Mar 7.

FAIÇAL, S.; SHIOTA, D. Feocromocitoma: atualização diagnóstica e terapêutica. Disciplina de Endocrinologia, Departamento de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, SP, 1997. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ramb/a/7JTGqXnjF9XrzSHqJNJSjzC/. Acesso em: 12 nov. 2023.

BURY, R. et al. Hipertensión maligna y feocromocitoma: reporte de un caso. Hipertens Riesgo Vasc, v. 38, n. 4, p. 201-205, out.-dez. 2021. DOI: 10.1016/j.hipert.2021.05.003. Epub 2021 Jul 6.

ARAUJO-CASTRO, M. et al. Role of imaging test with radionuclides in the diagnosis and treatment of pheochromocytomas and paragangliomas. Endocrinol Diabetes Nutr (Engl Ed), v. 69, n. 8, p. 614-628, out. 2022. DOI: 10.1016/j.endien.2022.11.011. Epub 2022 Nov 16.