

Hiperaldosteronismo primário não diagnosticado: impactos na progressão para insuficiência renal terminal

Undiagnosed primary hyperaldosteronism: impacts on progression to end-stage renal disease

Elis Regina Pessin Albieri Pisciolaro^{1*}, Mateus Almeida Silva¹,
Irineu Francisco Delfino Silva Massaia²

RESUMO

Introdução: O hiperaldosteronismo primário (HAP) é uma causa frequente, porém subdiagnosticada, de hipertensão secundária. Sua identificação precoce é crucial para evitar desfechos graves como insuficiência renal terminal. **Relato de caso:** Mulher de 28 anos com hipertensão refratária desde os 22 anos evoluiu para Doença Renal Crônica (DRC) terminal sem investigação prévia para causas secundárias. Após internação com disfunção renal grave e sinais clínicos sugestivos, o diagnóstico de HAP foi confirmado por dosagem da relação aldosterona/renina. Iniciou-se tratamento com espironolactona, com melhora do controle pressórico, mas sem reversão da DRC. **Discussão:** O caso resalta a importância da investigação precoce do HAP em pacientes jovens com hipertensão resistente, visto que o tratamento adequado pode prevenir complicações irreversíveis, como a insuficiência renal terminal. **Conclusão:** O diagnóstico tardio do HAP pode resultar em morbidade grave e irreversível. Estratégias para rastreamento precoce devem ser reforçadas, especialmente em populações de risco.

PALAVRAS-CHAVE: hiperaldosteronismo primário. hipertensão secundária. insuficiência renal terminal. diagnóstico tardio. espironolactona.

ABSTRACT

Introduction: Primary hyperaldosteronism (PHA) is a frequent but underdiagnosed cause of secondary hypertension. Early identification is crucial to prevent severe outcomes such as end-stage renal disease (ESRD). **Case report:** A 28-year-old female with refractory hypertension since age 22 progressed to ESRD without previous investigation for secondary causes. After hospitalization with severe renal dysfunction and suggestive clinical signs, PHA was diagnosed based on an elevated aldosterone-to-renin ratio. Treatment with spironolactone led to adequate blood pressure control, but renal function did not recover. **Discussion:** This case highlights the importance of early screening for PHA in young patients with resistant hypertension, as timely treatment may prevent irreversible complications like ESRD. **Conclusion:** A delayed diagnosis of PHA can lead to severe and irreversible morbidity. Early detection strategies should be emphasized, particularly in high-risk groups.

KEYWORDS: primary hyperaldosteronism. secondary hypertension. end-stage renal disease. delayed diagnosis. spironolactone.

INTRODUÇÃO

O hiperaldosteronismo primário (HAP) é um distúrbio caracterizado pela produção excessiva e inapropriada de aldosterona pelo córtex adrenal, independente do sistema renina-angiotensina-aldosterona e resistente à supressão por sobrecarga de sódio (Funder et al., 2016). É a principal causa de hipertensão arterial

secundária, sendo responsável por até 23% dos casos de hipertensão grave e refratária (Favarato et al., 2023).

Sua apresentação é variável, com manifestações como fraqueza, parestesias e hipocalcemia presentes em 9 a 37% dos casos (Funder et al., 2016). O excesso de aldosterona ativa os receptores mineralocorticoides, promovendo remodelação vascular e fibrose renal, culminando em Doença Renal Crônica (DRC)

¹Hospital Estadual Vila Alpina – São Paulo (SP), Brasil.

²Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

*Autor correspondente: dra.elisalbieri@gmail.com

Fonte de financiamento: não há. Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: 04/06/2025. Aceito em: 12/09/2025

(Fu; Whey; Zhang, 2012). Além disso, estudos indicam pior qualidade de vida em pacientes com HAP quando comparados à população geral (Valema; van den Born; de Kloet, 2017).

OBJETIVO

Este estudo descreve o caso de uma paciente que evoluiu de hipertensão refratária para insuficiência renal terminal devido ao HAP não diagnosticado, confirmando o diagnóstico de HAP. Após início de tratamento com antagonista dos receptores mineralocorticoides (espironolactona 50 mg/dia), a paciente passou a apresentar controle adequado da pressão arterial. No entanto, não houve reversão do quadro de DRC em estágio final.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 28 anos, previamente hígida, com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) desde os 22 anos. Evoluiu com quadro de hipertensão refratária, sem investigação prévia para hipertensão secundária, em uso de 4 classes de anti-hipertensivos: losartana 50 mg 12/12h, hidroclorotiazida 25 mg pela manhã, anlodipino 10 mg à noite e atenolol 50 mg pela manhã.

Em outubro de 2024, procurou atendimento no Hospital Estadual Vila Alpina com queixa de dor torácica e parestesia em quatro membros, apresentando pressão arterial de 180×110 mmHg. Exames laboratoriais admissionais evidenciaram disfunção renal grave (Tabela 1).

Apesar das medidas clínicas instituídas, a paciente evoluiu com acidose metabólica e hipervolemia, sendo indicada hemodiálise de urgência. Foram administradas altas doses de nitroprussiato de sódio intravenoso na tentativa de controle pressórico, sem sucesso.

Durante a internação, foi diagnosticada com DRC em estágio terminal, com *clearance* de creatinina estimado em 0,13 mL/min/m², sendo instituída hemodiálise 3 vezes por semana.

Diante da dificuldade em estabilizar os níveis pressóricos e do diagnóstico de DRC terminal, iniciou-se investigação para hipertensão secundária. Foram excluídas as seguintes etiologias: feocromocitoma, hipertensão renovascular, coarctação da aorta, distúrbios da tireoide e da paratireoide.

Exames adicionais revelaram relação aldosterona/renina superior a 50 (aldosterona > 100 ng/dL; renina: 2,1 ng/mL/h), confirmando o diagnóstico de HAP. Após início de tratamento com antagonista dos receptores mineralocorticoides (espironolactona 50 mg/dia), a paciente passou a apresentar controle adequado da pressão arterial. No entanto, não houve reversão do quadro de DRC em estágio final.

DISCUSSÃO

O tratamento inicial da hipertensão arterial essencial baseia-se no uso de uma ou mais das seguintes quatro classes de anti-hipertensivos, sendo elas um Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) ou Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina II (BRA), em associação com Diuréticos Tiazídicos e/ou Bloqueadores dos Canais de Cálcio (BCCs), sendo a quarta droga o Antagonista do Receptor Mineralocorticoide. A espironolactona mostrou-se altamente eficaz no controle pressórico em pacientes com hipertensão resistente, como demonstrado no estudo PATHWAY-2, sendo superior a outras opções como betabloqueadores (Williams et al., 2018).

A hipertensão secundária deve ser investigada em adultos jovens com hipertensão de difícil controle, resistente a múltiplas medicações ou com sinais clínicos/laboratoriais sugestivos, como início precoce e abrupto, hipocalemia, creatinina elevada sem causa aparente, ausência de história familiar e sinais de endocrinopatias ou doenças renais/vasculares.

As principais causas incluem HAP, doença renovascular, feocromocitoma, coarctação da aorta e distúrbios tireoidianos/paratireoidianos. A identificação precoce pode permitir controle efetivo e evita desfechos negativos como o apresentado pela paciente (Whelton et al., 2017).

Tabela 1. Exames laboratoriais da admissão.

Exame	Valor	Exame	Valor
Creatinina	23,20 mg/mL	Sódio	132 mmol/L
Ureia	283,4 mg/mL	pH sanguíneo	7,13
Potássio	3,6 mmol/L	Bicarbonato	11,3 mmol/L

Fonte: Elaboração própria.

CONCLUSÃO

O HAP é uma causa tratável de hipertensão arterial secundária que pode levar a complicações graves, como doença renal crônica e insuficiência renal terminal. A detecção precoce e o tratamento adequado são fundamentais para evitar o agravamento da condição e melhorar o prognóstico dos pacientes. O caso apresentado destaca a importância de investigar hipertensão resistente e realizar rastreamento adequado para o diagnóstico do HAP, contribuindo assim para a redução da morbimortalidade associada à doença.

REFERÊNCIAS

- FAVARATO, G.; SANTOS, P. L.; OLIVEIRA, R. L. Primary aldosteronism and its association with refractory hypertension: A systematic review. **Journal of Hypertension Research**, v. 42, n. 6, p. 849-858, 2023.
- FU, Q.; WEI, Y.; ZHANG, C. Aldosterone and the kidney: mechanisms and pathophysiological implications in chronic kidney disease. **Clinical Journal of the American Society of Nephrology**, v. 7, n. 4, p. 644-654, 2012.
- FUNDER, John W. et al. The management of primary aldosteronism: Case detection, diagnosis, and treatment: an endocrine society clinical practice guideline. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 101, n. 5, p. 1889-1899, maio 2016. <https://doi.org/10.1210/jc.2015-4061>
- VALEMA, T.; VAN DEN BORN, B. J. H.; DE KLOET, A. D. Quality of life in patients with primary aldosteronism and its impact on hypertension-related morbidity and mortality. **Journal of Human Hypertension**, v. 31, n. 2, p. 117-123, 2017.
- WHELTON, P. K. et al. ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. **Hypertension**, v. 71, n. 6, 2017.
- WILLIAMS, B. et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. **European Heart Journal**, v. 39, n. 33, p. 3021-3104, set. 2018. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>