

HIPERALDOSTERONISMO PRIMÁRIO NA INFÂNCIA: UM RELATO DE CASO

Morais, HT¹; Casella, RG²; Matos, GS²; Ferreira, LV³;

1 Médica residente de pediatria do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora

2 Preceptor do Serviço de Pediatria e Nefrologia Pediátrica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora

3 Preceptor do Serviço de Endocrinologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora

INTRODUÇÃO

O hiperaldosteronismo primário (HAP) é um distúrbio endócrino caracterizado por produção excessiva de aldosterona pela camada glomerular do córtex da supra-renal, independente do sistema renina-angiotensina, e não supressível por sódio.

OBJETIVO

Relatar um caso clínico sobre síndrome poliúrica e déficit pondero-estatural acompanhado pelo serviço de nefrologia pediátrica e endocrinologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora.

MÉTODOS

Revisão de prontuário e revisão da literatura em artigos científicos de revisão.

RELATO DE CASO

MJVMS, 3 anos, sexo feminino, atendida no serviço de nefropediatria, queixando de atraso no crescimento pômbero-estatural, e síndrome poliúrica. História pré e perinatal sem intercorrências. Nascida de parto vaginal, a termo, adequado para idade gestacional. História familiar de 2 irmãos hígidos, pais não consanguíneos. Aos quatro meses de vida observou-se déficit ponderal para idade, associado a poliúria, polidipsia (3 a 4 litros de água diários), e hipocalcemia. Aos 3 anos pré-escolar mantém sintomas, além de peso: 9,1kg (escore z < -3), estatura: 89 cm (escore Z entre -2 e -3), pressão arterial (PA: 90x50 mmHg), associados à hipocalcemia (K: 2,9 mEq/L, VR: 3,5 a 5,3), relação aldosterona: atividade plasmática de renina 714,3, elevada. Levantou-se a hipótese de hiperaldosteronismo primário, associada a diabetes insipidus nefrogênico secundário a hipocalcemia, e instituída propedêutica com tomografia computadorizada (TC) de abdome para avaliação de supra-renal e iniciada reposição de xarope de KCl e espironolactona.

DISCUSSÃO

Suspeita-se do diagnóstico em pacientes com quadro de hipopotassemia e hipertensão resistente, sendo necessário dosar os níveis de aldosterona e renina. No HAP, a complementação diagnóstica inclui exame de imagem, TC ou ressonância magnética (RM), para determinar a causa, se é adenoma adrenal, hiperplasia (causas mais frequentes), ou idiopático.

CONCLUSÃO

Em pacientes pediátricos é relevante conscientizar os pais sobre a importância do acompanhamento do crescimento (peso e estatura) e do desenvolvimento neuropsicomotor, e quando identificadas alterações realizar avaliação propedêutica, pois podem estar além da oferta adequada de nutrientes e estímulo social. O achado de hipocalcemia pode sugerir a investigação de distúrbios adrenais, como o hiperaldosteronismo.

Referencias

1- Kater CE. Hiperaldosteronismo primário. Arq Bras Endocrinol Metab. 2002, v. 46, n. 1.

2 – Kater CE, Costa-Santos M. O espectro das síndromes de hipertensão esteróide na infância e adolescência. Arq Bras Endocrinol Metab. 2001, v. 45, n. 1.

3- Carvalho A, Carvalho R. Hiperaldosteronismo primário – novas perspectivas. Revista Portuguesa de Endocrinologia. 2008.