

SÍNDROME DE CONN CAUSADA POR ADENOMA DE ADRENAL – TRATAMENTO POR VIDEOLAPAROSCOPIA

CONN'S SYNDROME CAUSED BY AN ADRENAL ADENOMA – VIDEOLAPAROSCOPIC TREATMENT

Sinthia Maria Benigno Puttini¹
Paulo Mendelssonh, TCBC-DF²
Luis Massaro Watanabe, TCBC-DF²

INTRODUÇÃO

O hiperaldosteronismo primário (HAP) foi descrito em 1955 por Jerome Conn e constitui causa rara de hipertensão arterial¹. Caracteriza-se pela produção excessiva de aldosterona devido à hiperfunção autônoma do córtex da adrenal e, geralmente, é causado por adenoma. Cursa com hipocalemia e aumento da pressão arterial por hipervolemia².

O presente trabalho relata o caso de uma paciente hipertensa e oligossintomática com diagnóstico de HAP.

RELATO DO CASO

Paciente de 43 anos, feminina, com hipertensão arterial de difícil controle associada à hipocalemia. A investigação iniciou há oito anos, com dosagem basal de aldosterona e renina, que foram normais. Há dois anos, foi detectado hiperaldosteronismo hiporreninêmico após manobras posturais (2h em pé), que constava de dosagem sérica de aldosterona 48,5 nanog/dl (normal: 5 a 30) e dosagem sérica de renina 0,1 (normal: 1,5 a 3,5 nanog/h). A tomografia computadorizada de abdome evidenciou nódulo em adrenal direita medindo 2,2 x 1,2 cm, compatível com adenoma (Figura 1). Ao exame físico, apresentava hipertensão arterial (170 x 110mmHg) apesar do uso de espironolactona e clonidina, e dosagem sérica de potássio no limite



Figura 1 - Tomografia computadorizada de abdome demonstrando nódulo em adrenal direita, compatível com adenoma.

inferior da normalidade (3,5mEq/l). Foi submetida a tratamento cirúrgico tendo sido realizada adrenalectomia direita videolaparoscópica. A paciente foi posicionada em decúbito lateral esquerdo com semi-flexão cranial e caudal, e inseridos quatro trocartes para acesso à cavidade abdominal. Após identificação, a veia adrenal direita foi seccionada entre ligadura dupla de cliques metálicos. A glândula adrenal foi ressecada sem dificuldades técnicas por meio de eletrocautério, e a peça retirada em saco coletor. A paciente recebeu dieta no primeiro dia de pós-operatório e alta no segundo dia. Houve normalização dos níveis séricos de potássio e controle adequado da pressão arterial no período de três meses após a operação. O achado histopatológico foi compatível com adenoma de adrenal.

1. Médica Residente do Hospital Universitário de Brasília.

2. Professor Adjunto de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília.

Recebido em 24/04/2002

Aceito para publicação em 12/08/2003

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário da Universidade de Brasília (UnB).

DISCUSSÃO

O diagnóstico de HAP corresponde a 0,1 a 0,5% dos casos de hipertensão arterial. Na presença de hipocalcemia, esta incidência pode atingir 0,5 a 2%³. Estudos recentes mostram que 50-60% dos casos de HAP são decorrentes de adenoma produtor de aldosterona (APA), curáveis com ressecção do tumor.

A hipersecreção de aldosterona resultante de um adenoma promove retenção inapropriada de sódio e fluídos e excreção de íons hidrogênio e potássio, resultando em quadro de hipertensão arterial, ao qual podem estar associados hipocalcemia e alcalose⁴.

O APA ocorre com maior frequência entre a terceira e quinta décadas, acometendo mais o sexo feminino². O quadro clínico característico do excesso de aldosterona é pouco expressivo, manifestando-se apenas por hipertensão e distúrbios hidroeletrólíticos². Laboratorialmente, o HAP representa a clássica combinação de aldosterona elevada com renina reduzida⁴.

Uma vez estabelecido o diagnóstico clínico, a diferenciação entre adenoma e hiperplasia é obtida com estudos de imagem das adrenais. No caso, a tomografia computadorizada de abdome evidenciou nódulo em adrenal direita compatível com adenoma (Figura 1).

A abordagem terapêutica do HAP é medicamentosa ou cirúrgica, dependendo do subtipo do diagnóstico. O tratamento farmacológico com espironolactona visa a normalização da pressão arterial e dos níveis de potássio sérico, diminuindo o risco operatório e permitindo a recuperação da zona glomerulosa contralateral, geralmente atrofiada. Nos casos de hiperplasia bilateral, o tratamento medicamentoso está indicado, com espironolactona e anti-hipertensivos. Os pacientes com adenoma de

adrenal respondem à ressecção cirúrgica (adrenalectomia unilateral), assim como casos específicos de hiperplasia, através da adrenalectomia parcial ou subtotal, com controle da pressão arterial e dos níveis séricos de potássio³.

Atualmente, a adrenalectomia videolaparoscópica tornou-se a opção técnica preferível para o tratamento de tumores funcionantes pequenos e médios da glândula adrenal⁵. O acesso transabdominal em decúbito lateral proporciona campo adequado para a operação e a secção do ligamento triangular direito do fígado expõe a glândula adrenal direita. A dissecação deve ser extracapsular para evitar sangramento. A identificação da veia adrenal direita é feita com a dissecação medial entre a glândula e a veia cava inferior. Com a secção da veia adrenal, o restante da dissecação pode ser realizado com eletrocautério, com sangramento mínimo durante a operação. Completada a excisão da glândula, a peça é retirada em saco coletor. A complicação mais temida com a adrenalectomia videolaparoscópica é o sangramento intraoperatório, que pode ser da veia adrenal direita, da veia cava inferior ou de ramos secundários. Apesar desta complicação não ser freqüente, o cirurgião deve estar preparado para conversão imediata no caso de sangramento grave ou de vulto.

A adrenalectomia videolaparoscópica proporciona menor morbidade, sangramento e dor pós-operatória, além de menor tempo de internação, confirmando as vantagens da cirurgia minimamente invasiva⁵.

Concluindo, o diagnóstico de HAP deve ser cogitado em todo paciente hipertenso que apresenta hipocalcemia persistente. Os procedimentos diagnósticos devem incluir dosagem de aldosterona e renina, além de exames de imagem, considerando que 50-60% dos pacientes apresentam adenoma de adrenal, passíveis de cura com o tratamento cirúrgico.

ABSTRACT

The authors present a case-report a 43 years old, female patient presenting with an eight-year history of hypertension caused by an adrenal adenoma. Hypokalemia and suppressed plasma renina confirmed the diagnosis of primary hyperaldosteronism. An abdominal computed tomography revealed a right adrenal mass. The patient was successfully treated laparoscopically. The histopathological diagnosis was adenoma. The patient had normal blood pressure within three months.

Key Words: *Hyperaldosteronism; Adenoma; Adrenal glands; Laparoscopy; Adrenalectomy.*

REFERÊNCIAS

1. Conn JW, Louis LH - Primary aldosteronism, a new clinical syndrome. *J Lab Clin Med*, 1955, 43: 6-17.
2. Passos VQ, Martins LAL, Pereira MA, et al. - Hiperaldosteronismo primário revisitado. *Arq Bras Endocrinol Metab*, 2001, 45(3): 285-301.
3. Wells AS, Soybel DI - “Glândulas pituitária e supra-renais”. In Sabiston DC (Ed) - *Tratado de cirurgia*. 14ª Edição. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1991, pp. 583-618.
4. Melby JC - Diagnosis of hyperaldosteronism. *Endocrinol Metab Clin North Am*, 1991, 20(2): 247-255.
5. McKinlay R, Mastrangelo MJ, Park AE - Laparoscopic adrenalectomy: indications and technique. *Curr Surg*, 2003, 60(2): 145-149.

Endereço para correspondência:

Dra. Sinthia Maria Benigno Puttini
SGAN 604 – Hospital Universitário de Brasília
Anexo III - Residência médica – quarto 10
CEP: 70.840-040