

Hiperaldosteronismo Primário

O que é o Hiperaldosteronismo Primário?

O hiperaldosteronismo refere-se ao nível aumentado de aldosterona no sangue. A aldosterona é uma hormona produzida pelas glândulas suprarrenais (adrenais), duas pequenas glândulas localizadas no topo de cada rim. A aldosterona regula os níveis de sódio (sal) e água corporal através dos rins, contribuindo para regular a pressão arterial. Também controla os níveis de potássio no sangue. A produção de aldosterona é regulada pela hormona renina sintetizada pelos rins. Em pessoas saudáveis, quando há falta de sódio corporal, a renina estimula as suprarrenais a libertar aldosterona e o rim responde com retenção de sal e água (e excreção de potássio). O Hiperaldosteronismo Primário (HAP) é um tipo de hiperaldosteronismo causado pela produção e secreção excessiva de aldosterona por uma ou ambas as suprarrenais, independentemente do nível sanguíneo de renina.

Quais são as consequências do HAP?

O excesso de aldosterona provoca retenção corporal de sódio e água, com aumento da pressão arterial (hipertensão arterial, HTA). A HTA não controlada aumenta o risco de doença cardíaca (ex: enfarte agudo do miocárdio e insuficiência cardíaca), acidente vascular cerebral (AVC), insuficiência renal, doença dos vasos periféricos e da retina. A aldosterona também provoca lesão direta nos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos), pelo que os doentes apresentam maior risco de desenvolver estas complicações, do que pessoas com outras formas de HTA.

Quais são as causas do HAP?

-Hiperplasia suprarrenal bilateral, em que há o crescimento difuso de ambas as suprarrenais, com produção excessiva de aldosterona, é responsável por 2/3 dos casos (menos frequentemente pode verificar-se hiperplasia de uma só glândula);



-Adenoma produtor de aldosterona, é um pequeno tumor benigno numa das suprarrenais que produz aldosterona em excesso e é responsável por 1/3 dos casos;

-Tipos hereditários de HAP são raros, destacando-se o hiperaldosteronismo sensível aos glucocorticoides;

-Carcinoma da suprarrenal (tumor maligno) é uma causa extremamente rara de HAP.

Quais são as manifestações clínicas do HAP?

Na maioria dos casos é apenas detetada HTA, muitas vezes incidentalmente. Ocorre suspeita clínica de HAP quando a HTA não responde a vários fármacos e/ou o doente é jovem. Cerca de um terço dos doentes também pode apresentar HTA associada a níveis baixos de potássio no sangue. Também é suspeito num doente com HTA e uma história familiar de HTA e/ou AVC antes dos 40 anos de idade . Por vezes são descritos sintomas pouco específicos tais como: fadiga fácil, dificuldade de concentração, urinar várias vezes durante a noite (noctúria), alterações do humor e apneia do sono. Podem surgir ocasionalmente sintomas de hipocalemia tais como cãibras, fraqueza muscular e sede excessiva.

Como se diagnostica o HAP?

O diagnóstico é complexo. O rastreio faz-se pelo doseamento sanguíneo de aldosterona e renina. No HAP, a aldosterona está aumentada, a renina diminuída e a razão aldosterona/renina aumentada. Para evitar interferência com os resultados, poderá ter que suspender (ou substituir) certos fármacos algumas semanas antes deste doseamento (ex: diuréticos e anti-hipertensores). É necessário um ou mais testes para confirmar o diagnóstico. Há vários testes e a escolha de um ou outro depende da experiência do médico. Estes incluem a prova de infusão salina, prova do captopril, sobrecarga oral de sódio ou prova de supressão com fludrocortisona. No HAP, a aldosterona não suprime após a prova, confirmando uma condição de secreção autónoma. Após o diagnóstico analítico, é habitualmente pedido um exame de imagem, geralmente tomografia computadorizada (TAC), para ajudar a definir a causa do HAP (hiperplasia ou tumor).



Para estabelecer definitivamente a causa, pode ser necessário realizar um cateterismo das veias adrenais com doseamento sequencial da aldosterona no sangue, para documentar se o aumento tem origem em uma ou ambas as suprarrenais. No entanto, este exame é tecnicamente difícil e há poucos centros especializados disponíveis para a sua realização.

Como se trata o HAP?

O tratamento do HAP depende da causa subjacente e pode envolver fármacos ou cirurgia. O objetivo é prevenir ou reduzir as complicações do hiperaldosteronismo através da normalização dos níveis de aldosterona, ou do bloqueio dos seus efeitos. As medidas gerais de controlo da pressão arterial são sempre importantes e incluem: reduzir o sal na dieta, perder peso, praticar exercício físico, reduzir o consumo de álcool e deixar de fumar.

HAP bilateral

Quando o HAP é causado por hiperfunção de ambas as glândulas, como na hiperplasia suprarrenal bilateral, o tratamento farmacológico é o mais adequado. Embora o hiperaldosteronismo se mantenha, os seus efeitos são bloqueados pela medicação. De facto, a cirurgia não está geralmente recomendada, pois terá pouco impacto na pressão arterial. Além disso, as suprarrenais produzem outras hormonas essenciais ao organismo, pelo que a sua preservação é importante. Os fármacos bloqueiam os efeitos da aldosterona nos órgãos-alvo, diminuindo progressivamente a pressão arterial, cujo efeito pode ser só evidente após 6 a 12 meses. O fármaco mais usado é a espironolactona. Os principais efeitos adversos incluem aumento dos níveis de potássio no sangue; aumento do tecido mamário no homem (ginecomastia); irregularidades menstruais, redução do desejo sexual. Estes efeitos verificam-se geralmente com doses elevadas e revertem com a redução de dose ou troca de fármaco. A espironolactona não deve ser utilizada em mulheres grávidas ou em idade fértil, porque pode prejudicar o feto. A espirolonona é um fármaco alternativo com igual mecanismo de ação, mas sem os efeitos laterais ao nível das hormonas sexuais. Outra opção é o amilorido, que bloqueia os efeitos da aldosterona nos rins. Pode ser necessário mais do que um fármaco para controlar a pressão arterial, especialmente se o doente teve HTA durante muitos anos.



É fundamental cumprir a toma da medicação conforme prescrito. O seguimento médico regular é importante para monitorizar a pressão arterial e ajustar a terapêutica.

HAP unilateral

Quando o HAP é devido a um tumor produtor de aldosterona, o melhor tratamento é a cirurgia. A cirurgia (habitualmente por laparoscopia) é geralmente segura com poucas complicações. O doseamento sanguíneo de aldosterona e renina cerca de três meses após a cirurgia, indica se a doença ficou curada. Após a cirurgia, todos os doentes apresentam normalização dos níveis de potássio no sangue, 70% apresenta melhoria da pressão arterial e 50% pode não necessitar de medicação anti-hipertensora. Quanto mais precoce for o diagnóstico do HAP, menor será a lesão de órgão-alvo e maior será o impacto da cirurgia na redução da pressão arterial. Após a cura do hiperaldosteronismo, a pressão arterial pode demorar mais tempo a normalizar. Contudo, pode não normalizar nos casos de HTA de longa data, devido a alterações crónicas dos vasos sanguíneos, sendo necessário medicação.

