

HIPERTENSÃO ARTERIAL RESISTENTE POR ALDOSTERONISMO PRIMÁRIO - A IMPORTÂNCIA DO RASTREIO NA HIPERTENSÃO RESISTENTE: RELATO DE CASO

RESISTANT ARTERIAL HYPERTENSION DUE TO PRIMARY ALDOSTERONISM - THE IMPORTANCE OF SCREENING IN RESISTANT HYPERTENSION: A CASE REPORT

Paula Cristina de Oliveira¹, Alice Vilella de Assis¹, Breno de Avila Ribeiro¹, Guilherme Bulcão Silva¹, Luísa Sanglard Silva¹, Maria Eduarda Rosa da Silva¹, Maria Laura Lucas Queiroz de Pinho Barroso¹, Sanny Cristina de Castro Faria²

1 Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. 2 Professora do curso de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Email: sannyfaria@gmail.com.

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição altamente prevalente, acometendo aproximadamente 27,9% da população brasileira (Brasil, 2024), e constitui importante fator de risco para eventos cardiovasculares. Entre as causas de HAS secundária, o aldosteronismo primário (AP) destaca-se como a principal etiologia endócrina, correspondendo a 5%–15% dos casos na atenção primária (Adler *et al.*, 2025).

Entretanto, estima-se que apenas 2% dos pacientes com fatores de risco para AP tenham sido formalmente investigados ou diagnosticados (Quencer; Rugge; Senashova, 2023), apesar de apresentarem maior risco cardiovascular quando comparados àqueles com hipertensão arterial primária (Quencer; Rugge; Senashova, 2023).

O atraso no diagnóstico e no tratamento pode resultar em danos irreversíveis a órgãos-alvo. Nesse contexto, o presente trabalho tem como objetivo relatar um caso de diagnóstico tardio de HAS resistente secundária ao hiperaldosteronismo e suas repercussões clínicas.

2 DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 47 anos, portadora de HAS há 10 anos, interrompeu o uso de losartana por iniciativa própria, evoluindo com elevação importante dos níveis pressóricos. Procurou centro de saúde com pressão arterial (PA) de 190 × 110 mmHg, recebendo captopril e hidralazina, sendo posteriormente encaminhada para avaliação cardiológica.

Negava diabetes mellitus, dislipidemia, tabagismo e história familiar positiva para doença coronariana, hipertensão ou diabetes gestacional, embora relatasse história familiar

de HAS. Fazia uso de propranolol 40 mg (1 comprimido/dia), losartana de uso irregular, hidroclorotiazida 25 mg, naratriptano e ibuprofeno nas crises de enxaqueca. Referia ansiedade como comorbidade prévia, tendo interrompido nortriptilina 10 mg há quatro meses.

Na consulta, encontrava-se assintomática. Ao exame físico, apresentava PA de 200 × 120 mmHg em decúbito e 205 × 120 mmHg em ortostatismo; frequência cardíaca de 75 bpm; índice de massa corporal (IMC) de 22,2 kg/m². À ausculta cardíaca, observou-se hiperfonese de B2, sem sopros. O restante do exame físico não apresentou alterações relevantes.

O eletrocardiograma (Figura 1) evidenciou ritmo sinusal, sinais de sobrecarga ventricular esquerda (43 mm pelo índice de Sokolow-Lyon) e alterações secundárias da repolarização, com infradesnívelamento inferior a 1 mm na parede inferior. Diante da suspeita de HAS secundária, instituiu-se tratamento com olmesartana 40 mg, hidroclorotiazida 12,5 mg e anlodipino 5 mg, mantendo-se o propranolol.

Em 25/06/2025, retornou com boa tolerância medicamentosa, apresentando medidas domiciliares de PA em torno de 130 × 80 mmHg no período da manhã e de 140–160 × 100 mmHg ao final da tarde. Em consultório, a PA variava entre 169–180 × 100 mmHg, demonstrando redução em relação à avaliação anterior, porém ainda acima da meta terapêutica, com possível componente de hipertensão do avental branco. Optou-se pelo aumento da dose de anlodipino para 10 mg.

Em 27/08/2025, apresentou exames laboratoriais com aldosterona de 19,9 ng/dL, atividade de renina plasmática < 0,14, relação aldosterona/renina (RAR) de 142, cálcio 1,25 mmol/L, potássio 3,8 mEq/L, sódio 137 mEq/L e microalbuminúria de 13,83 mg/g.

O ecocardiograma revelou fração de ejeção de 55%, com função sistólica preservada, alteração do relaxamento diastólico, pressão sistólica da artéria pulmonar de 25 mmHg, insuficiências mitral, tricúspide e aórtica discretas, sem hipertrofia ventricular esquerda. O Doppler de artérias renais foi normal.

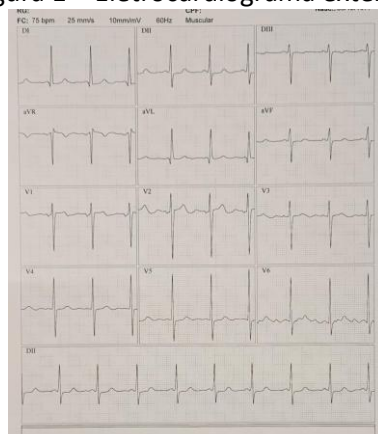
A monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) demonstrou média de 118 × 71 mmHg nas 24 horas; 122 × 73 mmHg na vigília e 103 × 62 mmHg durante o sono, com carga pressórica sistólica e diastólica normais, contrastando com os valores aferidos em consultório (150 × 90 mmHg).

Diante de RAR elevada em paciente jovem com hipertensão estágio 3, em uso de bloqueador do receptor de angiotensina (BRA) e potássio sérico próximo ao limite inferior da

normalidade, concluiu-se diagnóstico de HAS resistente secundária ao hiperaldosteronismo primário.

Solicitou-se tomografia computadorizada abdominal com cortes finos, que evidenciou adrenais de morfologia normal, sem nódulos e com realce habitual. Na ausência de adenoma identificável, instituiu-se tratamento clínico com espironolactona 25 mg, reduzindo-se a dose de anlodipino para 5 mg, com seguimento para ajuste terapêutico.

Figura 1 – Eletrocardiograma externo.



Fonte: acervo do orientador.

3 CONCLUSÃO

O caso evidencia a importância da suspeita clínica de aldosteronismo primário diante da persistência de níveis pressóricos elevados, mesmo sob uso combinado de anti-hipertensivos. Na investigação etiológica das causas secundárias de hipertensão, destaca-se a relevância da dosagem da relação aldosterona/renina, dado seu impacto diagnóstico e terapêutico (Brown *et al.*, 2020).

Adicionalmente, ressalta-se que o reconhecimento precoce do hiperaldosteronismo permite direcionamento terapêutico adequado, com potencial redução de risco cardiovascular e melhor controle pressórico.

REFERÊNCIAS

ADLER, G. K. *et al.* Primary aldosteronism: an Endocrine Society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, v. 110, n. 9, p. 2453–2495, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial: saúde alerta para a importância da prevenção e tratamento. Brasília: Ministério da Saúde, 26 abr. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt->

br/assuntos/noticias/2024/abril/hipertensao-arterial-saude-alerta-para-a-importancia-da-prevencao-e-tratamento. Acesso em: 14 out. 2025.

BROWN, J. M. *et al.* The unrecognized prevalence of primary aldosteronism. *Annals of Internal Medicine*, v. 173, n. 1, p. 10–20, 2020.

QUENCER, K. B.; RUGGE, J. B.; SENASHOVA, O. Primary aldosteronism. *American Family Physician*, v. 108, n. 3, p. 273–277, 2023.