

HIPERTENSÃO SECUNDÁRIA AO FEOCROMOCITOMA: RELATO DE CASO

SECONDARY HYPERTENSION TO PHEOCHROMOCYTOMA: A CASE REPORT

Matheus Toscano Paffer¹, Natalia Caminha Freire de Albuquerque¹,
Pedro Toscano Paffer¹, Silvio Hock de Paffer Filho²

¹ Aluno(a) da Faculdade de Medicina de Olinda (FMO), ² Professor da FMO

RESUMO

Os feocromocitomas são tumores de células cromafins produtoras de catecolaminas que podem ocorrer nas glândulas adrenais. É considerado raro, atingindo 0,8 por 100.000 pessoas/ano, com maior prevalência em mulheres entre 40 e 59 anos. Um dos problemas acarretados é a hipertensão, sendo classificada como hipertensão secundária ao feocromocitoma. Relatamos o caso de uma mulher de 53 anos que procurou auxílio médico em uma clínica particular especializada em cardiologia para consulta de rotina e avaliação pré-operatória para fins de exérese de tumoração em glândula adrenal direita. A paciente relatou ter sido diagnosticada com hipertensão arterial secundária ao feocromocitoma. O feocromocitoma é uma causa de hipertensão secundária que resulta no aumento dos níveis tensionais. Para isso, é necessário o bloqueio adrenérgico até que seja feita a excisão do tumor, quando se espera que haja a normalização dos níveis pressóricos, à medida que o estímulo adrenérgico é superado com a retirada da neoplasia, voltando o paciente ao seu estado de normotensão.

Palavras-chave: Hipertensão; Feocromocitoma; Glândulas Suprarrenais

ABSTRACT

Pheochromocytomas (PCC) are tumors that originate from chromaffin cells, which produce catecholamines, and are typically located in the adrenal glands. This rare condition has an incidence of 0.8 per 100,000 person-years, with a higher prevalence in women aged between 40 and 59 years. One of the main clinical manifestations is hypertension, classified as secondary hypertension due to PCC. We reported the case of a 53-year-old woman who sought medical care at a private cardiology clinic for a routine consultation and preoperative assessment for tumor excision in the right adrenal gland. She had previously been diagnosed with secondary arterial hypertension due to PCC. This type of tumor causes high blood pressure that requires pharmacological adrenal blockade until tumor excision. Normalization of blood pressure is expected after the procedure (i.e., adrenergic stimulus), with the patient returning to a normotensive state.

Keywords: Hypertension; Pheochromocytoma; Adrenal Glands

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA) é uma condição clínica multifatorial, de alta prevalência, caracterizada por *níveis pressóricos de ≥ 140 e/ou 90 mmHg*¹. É fator de risco para outras comorbidades, como o infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral.

A prevalência de HA sistêmica no Brasil é variável com intervalo de confiança de 2,5% a 30,9%, sabendo-se que essa prevalência aumenta com o avançar da idade^{2,3}.

Pode ser classificada como HA primária e HA secundária. A HA primária é a mais prevalente, sendo 95% dos casos. É quando o indivíduo adquire a doença por causa dos seus fatores de risco: predispo-

sição genética, tabagismo, obesidade ou pele negra, por exemplo⁴. Neste caso, a doença é considerada crônica, não tem cura, apenas estabilização dos níveis pressóricos.

A HA secundária é considerada mais rara, correspondendo a apenas 5% dos casos. O indivíduo que sempre teve a sua pressão arterial controlada passa a ter elevados níveis pressóricos por causa de outra patologia, como doença renal crônica, síndrome de apneia ou hipopneia do sono, hiperparatireoidismo primário e feocromocitoma (FEO). Diferente da HA primária, na HA secundária há cura com o tratamento da doença desencadeadora associada ao próprio tratamento da HA. No entanto, vira um fator de risco para a HA primária ao longo do tempo. Ao

estar exposto à pressão elevada, a rigidez arterial do paciente aumenta.

Os FEOs são tumores de células cromafins na medula adrenal que produzem, armazenam, metabolizam e secretam catecolaminas⁵. Considerados raros, com prevalência entre 0,1 e 0,2% da população de indivíduos hipertensos⁶. Apresentam-se com igual frequência em ambos os sexos e podem ocorrer em qualquer idade, sendo mais prevalentes entre 40 e 59 anos, e considerados raros após os 60 anos.

RELATO DE CASO

C.L., mulher, 53 anos, branca, casada, professora, procura médico cardiologista para consulta de rotina e avaliação pré-operatória para fins de exérese de tumoração em glândula adrenal direita. A mesma relata ter sido diagnosticada com HA sistêmica após a suspeita de FEO, a partir de uma tomografia computadorizada do abdome superior e pelve com contraste não iônico, através da qual foi localizada uma lesão expansiva em adrenal esquerda, medindo 3,2 cm x 2,8 cm, com tênue realce pelo meio de contraste durante as fases. Durante consulta com seu cirurgião geral, quando se apresentava com pressão arterial (PA) de 150 x 105 mmHg, sendo então medicada com Atenolol 100 mg por via oral ao dia. A paciente apresentava exames laboratoriais, cujos resultados principais mostravam dosagem de ácido vanilmandélico e metanefrinas urinárias aumentados. Na consulta cardiológica, ao exame físico sua PA era de 140 x 100 mmHg e FC de 73 bpm, realizando monitorização residencial da pressão arterial (MRPA), cujo resultado foi normal, sendo então liberada para a cirurgia proposta. O achado histopatológico da peça cirúrgica teve as seguintes alterações macroscópicas: “formação tecidual irregular, elástica, amarelada, pesando 38,18 g e medindo 5,5 x 3,5 x 3,0 cm. Aos cortes observa-se lesão nodular, amarelada, medindo 4,0 x 3,5 x 3,0 cm, centrada por cavidade cística, medindo 3,0 x 2,8 cm, preenchida por líquido acastanhado.” Na microscopia teve os seguintes achados: “neoplasia da adrenal de origem medular. Constituída por células de citoplasma amplo, basofílico e granular, com núcleos pequenos, claros, com ocasionais nucléolos. Estão dispostas em ninhos envolvidos por células sustentaculares e septos fibrosos delicados. Há focos de padrão celular fusiforme. Identificam-se 2 mitoses em 10 campos de grande aumento. Margens livres”. Tal exame teve como conclusão FEO de escore PASS 2, sendo as-

sociado a provável comportamento benigno, por ser menor que 47. Após resultados, a paciente realizou nova consulta com o seu cardiologista, que confirmou o diagnóstico de HA secundária. Após a retirada do tumor, a paciente retornou para nova consulta cardiológica, ainda em uso dos anti-hipertensivos; encontrando-se com PA de 110 x 70 mmHg e FC de 70 bpm, sendo então orientada a realizar a retirada da droga, de maneira gradual. Após 30 dias da suspensão do medicamento, realizou novo MRPA, acusando resultados normais. O mesmo exame foi repetido 9 meses depois, mantendo-se dentro da normalidade, sem o uso de anti-hipertensivos.

COMENTÁRIO

Os FEOs são neoplasias neuroendócrinas que têm sua origem nas células cromafinas da medula adrenal. São caracterizadas por múltiplos sinais e sintomas, constituindo um quadro clínico heterogêneo, complexo e de alto *índice de morbimortalidade cardiovascular*⁸. Entre essas morbidades, é destacada neste relato a HA, doença de elevada prevalência que pode se originar de diversos fatores.

No caso da HA relacionada ao FEO, é classificada como secundária. Nesta classificação, a HA é controlada com medicamentos, como o atenolol prescrito para a paciente relatada. No entanto, quando o problema é primário, neste caso, o FEO é curado e os níveis tensionais tendem a diminuir, também erradicando a HA.

No relato, a paciente apresenta quadro clássico de HA secundária, com a retirada do tumor e a confirmação histopatológica que se tratava realmente de um FEO, e ainda confirmando que se trata de uma neoplasia benigna, a partir da classificação PASS. Após a retirada do tumor a paciente, em nova consulta cardiológica, teve a pressão aferida de 110 x 70 mmHg, quando houve a suspensão do medicamento. Após 90 dias, em seguimento ambulatorial com realização de um MRPA, a pressão continuou normotensa, o cardiologista assegurou que o tratamento para a HA secundária teve o efeito desejado e ela se encontra curada.

Vale ressaltar que, apesar de a paciente não apresentar mais a HA, ela passa a ter um fator de risco para desenvolver HA primária ao longo dos anos, visto que as suas artérias foram expostas, por um período, a níveis pressóricos elevados, aumentando a rigidez arterial.

E-mail: mtoscanopaffer@gmail.com

REFERÊNCIAS

1. Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol 2016; 107 (3Supl.3): 1-83
2. Magalhaes MG, Oliveira LM, Christofaro DG, Ritti-Dias RM. Prevalence of high blood pressure in Brazilian adolescents and quality of the employed methodological procedures: systematic review. Rev Bras Epidemiol. 2013; 16 (4): 849-59.
3. Magliano ES, Guedes LG, Coutinho ESF, Bloch KV. Prevalence of arterial hypertension among Brazilian adolescents: systematic review and meta-analysis. BMC Public Health. 2013; 13:833. doi: 10.1186/1471-2458-13-833.
4. Araújo FL, Monteiro LZ, Pinheiro MH, da Silva CA. Prevalência de fatores de risco para hipertensão arterial em escolares do município de Fortaleza, CE Prevalence of hypertension risk factors in students in the city of Fortaleza, Ceará, Brazil. Rev Bras Hipertens vol 17 (4): 203-209. 2010.
5. Endocrinologia clínica/ Lúcio Vilar... [et al.] – 6. Ed. – [reimpr.] – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. ISBN 978-85-277-3023-5.
6. Fishbein L. Pheochromocytoma and paraganglioma: genetics, diagnosis and treatment. Hematol Onco Clin North Am. 2016; 30: 135-50
7. Thompson LDR. Pheochromocytoma of the adrenal gland scaled score (PASS) to separate benign from malignant neoplasms: A clinicopathologic and immunophenotypic study of 100 cases. Am J Surg Pathol 2002; 26:551-66.
8. Sánchez-Turcios RA. Feocromocitomas: diagnóstico y tratamiento. Rev. Mex. Cardiol [revista en la Internet]. 2015 Sep [citado 2019 Mayo 30] ; 26(3): 118-124.



Figura 1. Visão macroscópica de um tumor de FEO.⁷

Pheochromocytoma of the Adrenal Gland Scale	
Microscopic Feature	Score
Vascular invasion	1
Capsular invasion	1
Periadrenal adipose tissue invasion	2
Cell nests of large proportions or Diffuse growth	2
Focal necrosis or confluent	2
High cellularity	2
Cellular Monotony	2
Mitotic figures > than 3 in 10 fields of great increase	2
Atypical mitotic figures	2
Marked Nuclear Pleomorphism	1
Hyperchromasia	1

Figura 2. Tabela de escore PASS de Thompson.⁷