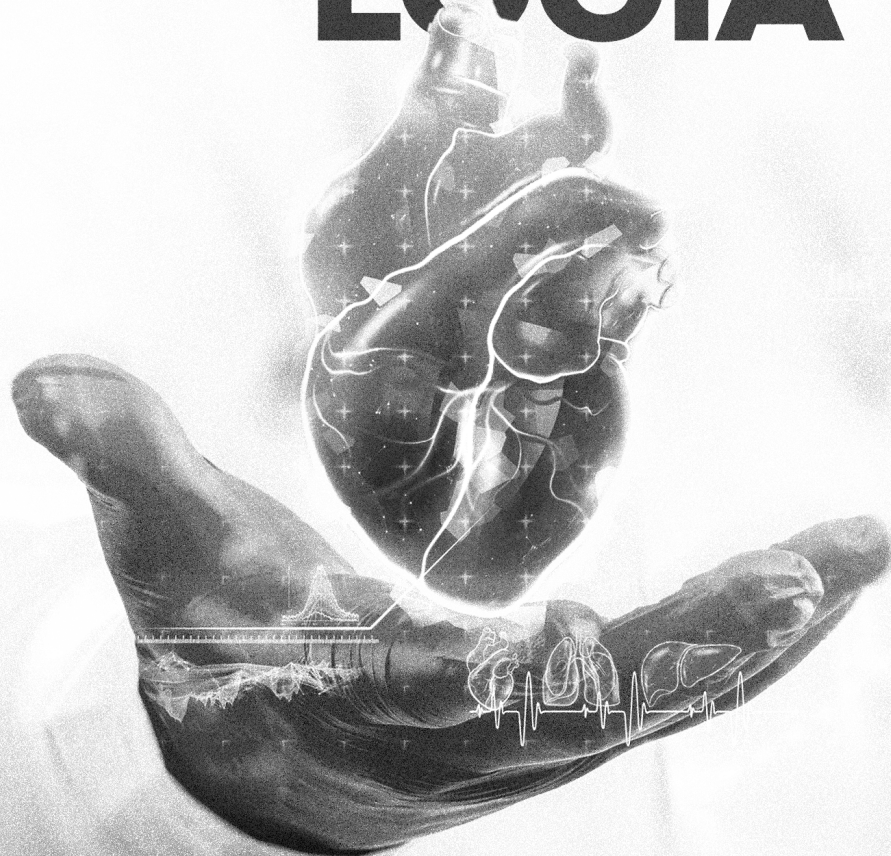


Organizadores:

Ricardo Chalhub • Erika Pedreira

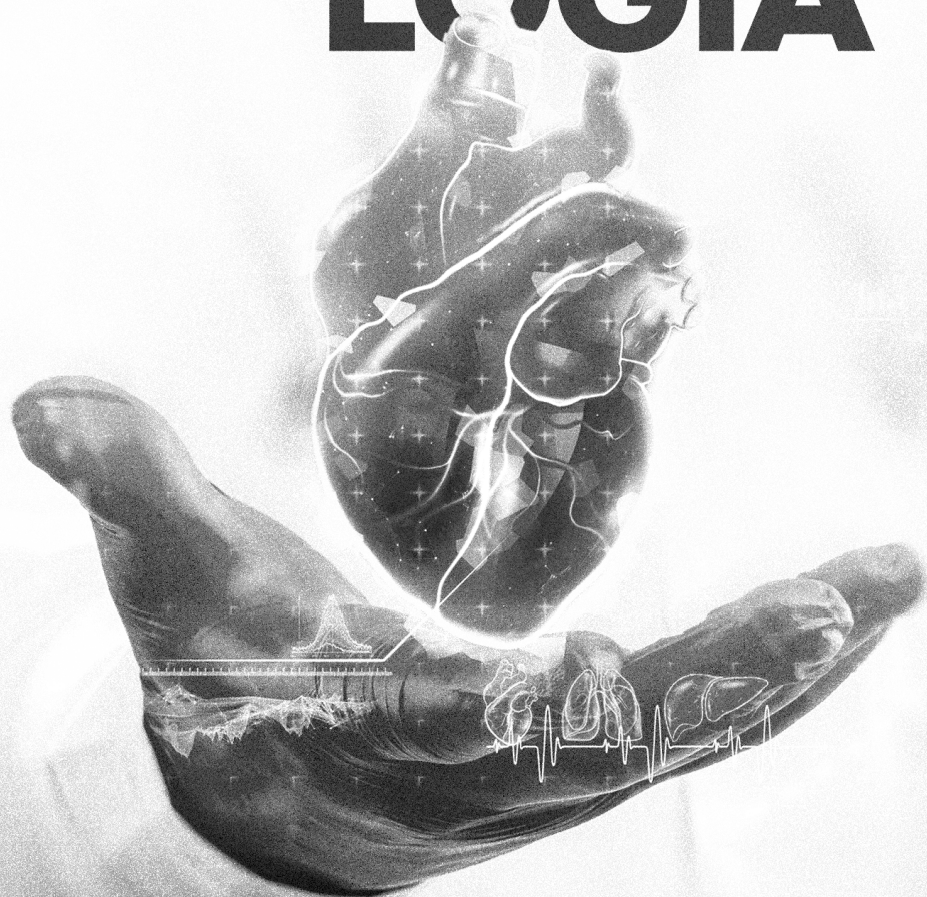
volume 1

Guia Prático de **CARDIO — LOGIA**



Guia Prático de

CARDIO — — LOGIA



2024

© Todos os direitos autorais desta obra são reservados e protegidos à Editora Sanar Ltda. pela Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. É proibida a duplicação ou reprodução deste volume ou qualquer parte deste livro, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, gravação, fotocópia ou outros), essas proibições aplicam-se também à editoração da obra, bem como às suas características gráficas, sem permissão expressa da Editora.

Título | Guia Prático de Cardiologia – Volume 1
Editor | Nathasha Chrysthie Oliveira
Diagramação | DropDrawn Ltda.
Capa | Natalie Nascimento
Revisão Ortográfica | Tony Roberson de Mello Rodrigues
Conselho Editorial | Caio Nunes
Erika Pedreira
Doralice Ramos
Kallila Barbosa
Thassila Pitanga
Amanda Arruda
Renata Nunes
Tatiane Florentino

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Tuxped Serviços Editoriais (São Paulo-SP)
Ficha catalográfica elaborada pelo bibliotecário Pedro Anizio Gomes - CRB-8 8846

C436g **Chalhub**, Ricardo (org.).

Guia Prático de Cardiologia - Volume 1 / Organizador: Ricardo Chalhub. – 1. ed. – Salvador, BA : Editora Sanar, 2024.
344 p.; il.; 17 x 24 cm. (Coleção Guia Prático).

Inclui bibliografia.
ISBN 978-85-5462-584-9

1. Cardiologia. 2. Coração. 3. Doenças Cardíacas. I. Título. II. Assunto. III. Organizador

CDD 611.1
CDU 612.17

ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Medicina: Cardiologia.
2. Cardiologia.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

GUIA PRÁTICO DE CARDIOLOGIA - VOLUME 1

CHALHUB, Ricardo (org.). Guia Prático de Cardiologia - Volume 1. 1. ed. Salvador, BA: Editora Sanar, 2024.
(Coleção Guia Prático).

Editora Sanar Ltda.

Rua Alceu Amoroso Lima, 172
Caminho das Árvores,
Edf. Salvador Office & Pool, 3º andar.
CEP: 41820-770, Salvador - BA.
Telefone: 71 99947-8437
www.sanarsaude.com
atendimento@sanar.com



ERIKA PEDREIRA DA FONSECA

ORGANIZADORA

Doutora em Medicina e Saúde Humana pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
Mestre em Tecnologias em Saúde pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
Fisioterapeuta pela Universidade Católica de Salvador e Especialista em Fisioterapia Neurofuncional

RICARDO CHALHUB

ORGANIZADOR E REVISOR

Residência médica em Medicina Interna pelo Hospital Santo Antônio
Residência médica em Medicina Intensiva pelo Hospital Santa Isabel
Residência médica em Cardiologia pelo Hospital Santa Isabel
Título de especialista em Medicina Intensiva pela AMIB
Título de especialista em Cardiologia pela SBC
Título de especialista em Ecocardiografia pela SBC
Mestre em Processos Interativos de Órgãos e Sistemas pela UFBA
Doutorado em Saúde pela Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública

AUTORES

ALESSANDRE CAPUTO RABELLO

Médico Especialista em Eletrofisiologia Invasiva pela SOBRAC
Médico Especialista em Estimulação Cardíaca Artificial em DECA-SBC
Coordenador do Estágio em Ritmologia Cardíaca Invasiva do Hospital Santa Izabel/BA

CAMILA BORGES LIMA

Médica Nefrologista

CARLOS MARCELO CHAGAS MELO

Título de especialista em Cardiologia pela SBC/AMB
Preceptor Residência de Cardiologia da Santa Casa de Misericórdia de Feira de Santana/BA

CARLOS NAPOLIS

Graduação em Medicina pela Escola Bahiana de Medicina e Escola Pública (EBMSP)
Residência em Clínica Médica, Cardiologia e Ecocardiografia pelo Hospital Ana Nery - Bahia
Especialista em Cardiologia pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC)

CLÁUDIO DAS VIRGENS

Mestre em Medicina e Saúde Humana pela pós-graduação da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP)

Professor de Cardiologia do Departamento de Ciências da Vida da Universidade do Estado da Bahia (UNEB)

Especialista em Cardiologia pela AMB e SBC

Especialista em Terapia Intensiva pela AMIB

FABIANA BENEVIDES PONTES

Médica pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB)

Especialista em Clínica Médica pelo Hospital Santo Antônio (Obras Sociais Irmã Dulce)

Especialista em Cardiologia pelo Hospital Ana Nery

Fellowship em Arritmologia pelo Instituto do Coração

GILSON SOARES FEITOSA-FILHO

Doutor em Ciências pelo InCor/HCFMUSP

Professor da Graduação e da Pós-graduação da Escola Bahiana de Medicina

Professor Titular da Faculdade de Medicina Zarns

Chefe do Serviço de Cardiologia do Hospital Santa Izabel - Santa Casa da Bahia

Supervisor das Residências de Cardiologia e de Clínica Médica da Santa Casa de Feira de Santana

Coordenador e Diretor dos cursos de Cardiologia do INESS/ABM

Ex-presidente e Membro do Conselho Consultivo da Sociedade Brasileira de Cardiologia - Bahia

Membro Titular da Academia de Medicina da Bahia

JOANA BITENCOURT

Especialista em Cardiologia pela Sociedade Brasileira de Cardiologia

Especialista em Imagem Cardiovascular (Ressonância e tomografia cardíaca) pelo Hospital Santa Izabel - Santa Casa Bahia

Especialista em Ecocardiografia pelo Departamento de Imagem Cardiovascular pela Sociedade Brasileira de Cardiologia

JOBERTO SENA

Presidente da SBC Bahia 2022/2023

Gestor Médico da Hemodinâmica do Hospital Santa Izabel

Membro titular de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista pela SBHCI

Título de especialista em Cardiologia pela SBC e em Terapia Intensiva pela AMIB

JÚLIA MICHELI PEREZ

Escola Bahiana de Medicina
Instrutora AHA de BLS e ACLS

JULIA SOSSAI

Médica Nefrologista

LETÍCIA AZEVEDO PRATA ANDRADE

Médica formada pela Universidade Salvador - UNIFACS
Médica diarista do Hospital Metropolitano - Lauro de Freitas - BA
Médica do Serviço de Clínica Médica do Multicentro Vale das Pedrinhas - Secretaria Municipal de
Saúde - Salvador/Bahia

LEONARDO BARRETO FLAUSINO

Especialista em Cirurgia Cardiovascular
Residência em Cirurgia Geral e Cardiovascular no Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ

LUÍS EDUARDO LIMA

Médico pela Universidade Federal da Bahia
Residência em Clínica médica realizada no Hospital Santo Antônio, Salvador/BA
Residência em Cardiologia ministrada no Hospital São Rafael, Salvador/BA
Titulado em Cardiologia pela Sociedade Brasileira de Cardiologia e AMB
Titulado em Ecocardiografia pela Sociedade Brasileira de Cardiologia e AMB

LUIZ CLÁUDIO DANZMANN

Chefe do Núcleo de Insuficiência Cardíaca da Santa Casa de Porto Alegre
Professor da Universidade Luterana do Brasil
Diretor do Departamento de Insuficiência Cardíaca da Sociedade Brasileira de Cardiologia

MARCEL ALBUQUERQUE

Médico Pneumologista

Mestre em Medicina e Saúde Humana pela Escola Bahiana de Medicina

Professor da Escola Bahiana de Medicina

Gerente Médico do Hospital Córdio Pulmonar

MARCUS VINÍCIUS SANTOS ANDRADE

Médico Assistente do Serviço de IC - Hospital Santa Izabel - Santa Casa da Bahia

Preceptor das residências de Cardiologia da Santa Casa da Bahia e Santa Casa de Feira de Santana

Professor Adjunto de Clínica Médica da Escola Bahiana de Medicina

Fellow da Sociedade Europeia de Cardiologia - FESC

Mestrado e Doutorado pela Escola Bahiana de Medicina

MARCOS BAROJAS

Médico Cardiologista

Professor da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

MBA em gestão

Título de Especialista em Cardiologia

Fellow da Sociedade Europeia de Cardiologia (FESC)

MARIANA MARIA CARNEIRO MADEIRA

Médica formada pela Universidade Federal da Bahia

Residência de Clínica Médica nas Obras Sociais Irmã Dulce - Hospital Santo Antônio

OSVALDEMAR JUNIOR

Graduação em Medicina pela Universidade Estadual de Santa Cruz/BA

Especialista em Cardiologia e Ecocardiografia pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC)

Especialista em Terapia Intensiva pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB)

Mestrando em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Coordenador das UTIs Cardiovasculares 1/2 do Hospital Ana Nery/BA

Médico assistente - Cardiologia - Hospital Aliança - Rede D'Or

PALOMA FERREIRA

Título de Especialista em Cardiologia – SBC.
Fellowship Hipertensão Arterial - Guimarães Portugal
Fellowship Ecocardiografia - Sanar Cetrus
Docente do Curso de Medicina - EBMSP
Docente da Pós-graduação de Cardiologia – Afya

RAFAEL BRINGEL ARAÚJO

Formado na UNIFACS
Residência em Clínica Médica no Hospital Santo Antônio

RAFAEL FREITAS

Preceptor residência de Clínica Médica do Hospital Santo Antônio
Professor do curso de medicina da UNIFACS

RICARDO SOBRAL

Cardiologista especialista em Eletrofisiologia Invasiva pela Universidade Federal de São Paulo
Médico do Serviço de Eletrofisiologia Invasiva do Hospital São Rafael e Hospital Aliança Salvador - BA

THALES COSTA CARDOSO

Graduado em Medicina pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
Preceptor/Professor da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e da UNIFACS
Preceptor da Residência de Clínica Médica do Hospital Santo Antônio - Obras Sociais Irmã Dulce
Médico Ecocardiografista na Santa Casa de Misericórdia da Bahia

APRESENTAÇÃO

Os conteúdos da Cardiologia são densos e, muitas vezes, difíceis de estudar. Diante disso, o livro **Guia Prático de Cardiologia - volume 1** surgiu a partir do desejo de simplificar o assunto em algo mais prático e didático para médicos e estudantes de medicina, de forma a apresentar os tópicos completos, com uma linguagem simples e direta. Elaborado com imagens de alta qualidade e conteúdo esquematizado para tornar o estudo leve e prazeroso.

No Volume 1, você encontra a introdução ao assunto com os principais conceitos necessários para o entendimento da prática clínica da cardiologia, passando por temáticas básicas, como Hipertensão Arterial. Os capítulos foram escritos por cardiologistas com grande expertise nos temas.

Desse modo, com uma abordagem moderna e prática, esperamos que o livro **Guia Prático de Cardiologia - volume 1** seja, PARA VOCÊ, um guia de construção dos conteúdos básicos da Cardiologia, bem como um livro de cabeceira, com tudo o que é necessário para você rememorar os assuntos de maior importância para a sua formação profissional.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1

1. EPIDEMIOLOGIA DA DOENÇA CARDIOVASCULAR

17

CAPÍTULO 2

2. RISCO CIRÚRGICO: AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR PERIOPERATÓRIA

23

1. História clínica	23
2. Exame físico	23
3. Exames complementares	24
4. Cirurgia eletiva	25
5. Avaliação pré-operatória suplementar	26
6. Manejo de doenças cardiovasculares no perioperatório	26
7. Avaliação pré-operatória em procedimentos de baixo risco cardiovascular	27
8. Consultório do cardiologista	31

CAPÍTULO 3

3. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)

35

1. Introdução.....	35
2. Diagnóstico e classificação.....	36
3. Hipertensão mascarada (HM) x hipertensão do avental branco (HAB) x hipertensão sustentada (HS) x normotensão verdadeira (NV).....	38
4. Avaliação clínica e complementar.....	39
5. Estratificação de risco cardiovascular	40
6. Tratamento não medicamentoso	42
7. Tratamento farmacológico.....	44

CAPÍTULO 4

4. HIPERTENSÃO SECUNDÁRIA

53

1. Introdução.....	53
2. Causas não endócrinas.....	53
3. Causas endócrinas.....	56
4. Causas medicamentosas	60

5. EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA**63**

1.Introdução.....	63
2.Epidemiologia	64
3.Fisiopatologia	65
4.Diagnóstico para identificação de emergências hipertensivas.....	66
5.Manejo agudo das emergências hipertensivas.....	68
6.Hipertensão maligna e encefalopatia hipertensiva	69
7.Acidente vascular cerebral isquêmico e hemorrágico agudo	70
8.Síndrome Coronariana Aguda (SCA).....	71
9.Edema pulmonar cardiogênico agudo.....	72
10.Síndrome aórtica aguda	72
11.Eclâmpsia e pré-eclâmpsia grave	73
12.Prognóstico e seguimento	73

6. ROTINAS EM SÍNDROME AGUDA COM SUPRA DE ST (SCACSST)**77**

1.Introdução.....	77
2.Conceitos e definições de SCA.....	77

7. SÍNDROME CORONARIANA AGUDA SEM SUPRA DO SEGMENTO ST**93**

1.Introdução – Dados epidemiológicos.....	93
2.Abordagem diagnóstica do paciente com dor torácica com ênfase nas SCA sem elevação do segmento ST	95
3.O ECG na emergência	97
4.Marcadores de necrose miocárdica	99
5.Utilização de escores preditores validados para estratificação de risco nas SCAs sem elevação do segmento ST	101
6.Estratificação de Risco de Sangramento	103
7.Ácido acetilsalicílico	106
8.Anticoagulantes	108
9.Antitrombínicos.....	108
10.Terapia Adjuvante nas Síndromes Coronarianas sem Supra do Segmento ST	111
11.Terapia anti-isquêmica.....	112
12.Estratificação invasiva na SCA sem elevação do segmento ST	114
13.Conclusão	115

8. PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA**123****9. COMPLICAÇÕES MECÂNICAS DO INFARTO DO MIOCÁRDIO****133**

1.Introdução.....	133
2.Métodos diagnósticos.....	136
3.Dispositivos para assistência circulatória	138
4.Complicações mecânicas do infarto do miocárdio.....	140

10. DOENÇA VALVAR MITRAL**149**

1.Estenose mitral.....	149
2.Insuficiência mitral crônica	156

11. DOENÇA VALVAR AÓRTICA**165**

1.Epidemiologia/etiologia	166
2.Fisiopatologia	167
3.Manifestações clínicas.....	168
4.Exame físico	170
5.Diagnóstico.....	173
6.Tratamento	177

12. BRADIARRITMIAS**185**

1.Introdução.....	185
2.Doença do nodo sinusal	185
3.Bloqueios atrioventriculares.....	193
4.Avaliação invasiva das bradiarritmias	203

13. TAQUIARRITMIAS**209**

1.Definição e classificação das taquiarritmias.....	209
2.Apresentação clínica e prognóstico das taquiarritmias	209
3.Fisiopatologia das taquiarritmias cardíacas (mecanismo das arritmias).....	210
4.Taquiarritmias Supraventriculares (TPSV)	210
5.Taquicardia sinusal.....	210
6.Taquicardia atrial focal (TA)	211
7.Taquicardia atrial multifocal (TAMF)	213
8.Flutter atrial típico.....	214
9.Taquicardia por reentrada nodal (TRN)	215
10.Taquicardia por reentrada atrioventricular (TRAV)	217
11.Fibrilação atrial (FA)	223
12.Classificação	233
13.Abordagem de emergência em taquicardia de QRS largo: orientações gerais	239
14.Prevenção de recorrência e de morte súbita	241

14. MIOCARDIOPATIA HIPERTRÓFICA**247**

1.Introdução	247
2.Etiologia.....	248
3.Fisiopatologia.....	249
4.Diagnóstico.....	250
5.Rastreamento genético.....	253
6.Tratamento	254
7.Prevenção de morte súbita e implante de CDI	256
8.Prática de atividade física e miocardiopatia hipertrófica.....	258

15. TEMPESTADE ELÉTRICA**261**

1.Introdução.....	261
2.Fisiopatologia.....	262
3.Apresentação clínica	264
4.Prognóstico	265
5.Manejo clínico	265

CAPÍTULO 16

16. INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA	273
1.Definição e fisiopatologia.....	273
2.Epidemiologia	275
3.Etiologia e fatores de risco	275
4.Mecanismos fisiopatológicos subjacentes	277
5.Diagnóstico clínico.....	279

CAPÍTULO 17

17. INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO PRESERVADA	293
1.Introdução	293
2.Diagnóstico de ICFEp.....	294
3.Comorbidades e ICFEp	301
4.Tratamento da ICFEp	301
5.Caso clínico	305
6.Lacunas e perspectivas futuras	310

CAPÍTULO 18

18. COR PULMONALE	313
1.Definição	313
2.Epidemiologia	314
3.Fisiopatologia.....	314
4.Apresentação clínica.....	315
5.Diagnóstico.....	316
6.Tratamento	318

CAPÍTULO 19

19. CARDIOMIOPATIA DA DOENÇA DE CHAGAS	321
1.Epidemiologia	321
2.Transmissão	322
3.Cardiomiopatia Crônica da Doença de Chagas (CCDC)	323
4.Diagnóstico da cardiomiopatia da Doença de Chagas	325
5.Tratamento na Forma Indeterminada da Doença de Chagas (FIDC)	329
6.Doença de Chagas e infecção por Coronavírus	333
7.Caso clínico	334

Por se tratar de uma doença prevalente, com complicações graves e, às vezes, incapacitante, o tratamento (medicamentoso e/ou não medicamentoso) deverá ser estimulado, principalmente quando os benefícios superam os riscos.

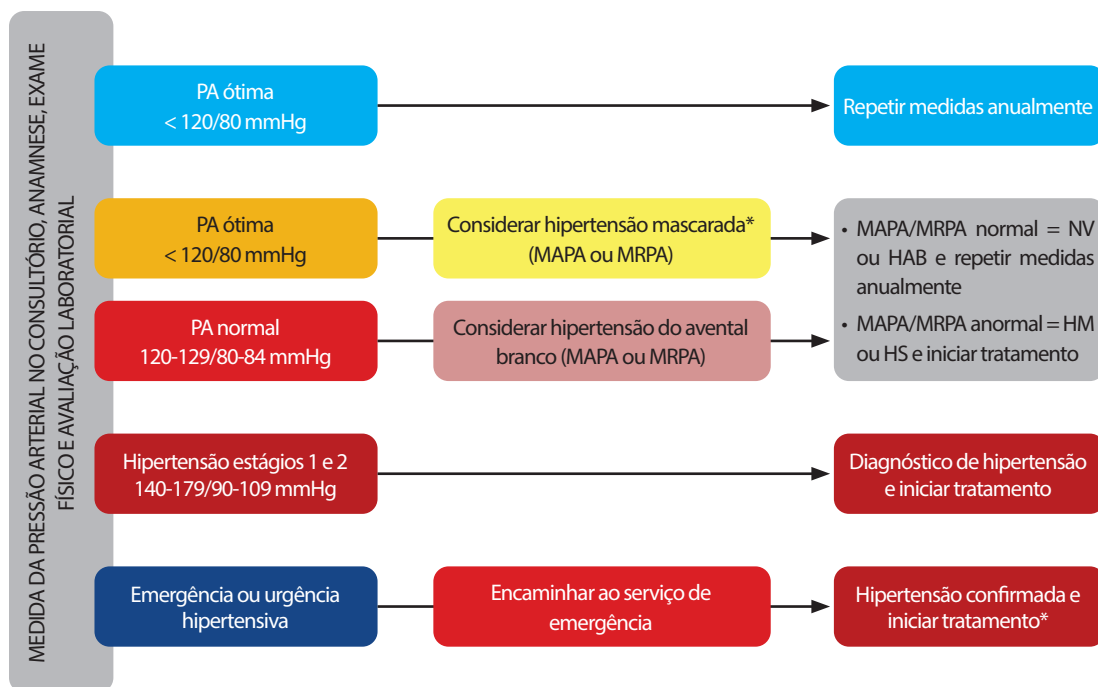
2. DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO

Define-se HA com base em valores repetidos de PAS no consultório de 140 mmHg e/ou PAD de 90 mmHg, de acordo com o preconizado pelas diretrizes europeias e internacionais anteriores a 2018⁷⁻⁹.

Devemos, inicialmente, confirmar o diagnóstico de HA, buscar causas secundárias e identificá-las, avaliar o risco CV, investigar a presença ou não de lesões de órgãos-alvo (LOA) e doenças associadas.

Por se tratar de uma doença habitualmente assintomática, a medida da PA deve ser realizada em todas as consultas médicas. Pacientes com PA ótima (< 120/80 mmHg) e/ou normal (120-129/80-84 mmHg) no consultório, deverão realizar novas medidas anualmente ou nas consultas médicas. Já os pacientes com pré-hipertensão (130-139/85-90 mmHg), como podem progredir para HA, devem realizar novas medidas mais precocemente (Fluxograma 1).

Fluxograma 1. Triagem e diagnóstico de HA



Fonte: Elaborado pelo autor com informações de Barroso *et al.*¹

Devido à variabilidade da PA, uma elevação da PA de consultório (PAS 140 mmHg ou PAD 90 mmHg) deve ser confirmada em pelo menos duas a três visitas subsequentes, a não ser que os valores de PA registrados durante a primeira consulta estejam marcadamente elevados (HA estágio 3) ou o risco CV seja elevado, incluindo a presença de LOA. A monitorização ambulatorial da pressão (MAPA), a monitorização residencial da pressão (MRPA) ou os dados de ambos os métodos, sempre que possível, devem ser coletados quando a PA de consultório estiver elevada. Dessa forma, confirma-se o diagnóstico de hipertensão, identificando possíveis fenótipos da PA, principalmente quando resultados variáveis de PA são encontrados em visitas ao consultório.

A classificação da PA no consultório e a definição dos graus de hipertensão estão representadas na Tabela 1. E na Tabela 2, temos a definição de HA de acordo com a PA no consultório, no MAPA e MRPA.

Tabela 1. Classificação da pressão arterial de acordo com a medição no consultório, a partir de 18 anos de idade

Classificação	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
PA ótima	< 120	e	< 80
PA normal	120-129	e/ou	80-84
Pré-hipertensão	130-139	e/ou	85-89
HA estágio 1	140-159	e/ou	90-99
HA estágio 2	160-179	e/ou	100-109
HA estágio 3	≥ 180	e/ou	≥ 110

Legenda: Pressão arterial sistólica (PAS). Pressão arterial diastólica (PAD).

Fonte: Elaborada pelo autor com informações de Barroso *et al.*¹

Tabela 2. Definição de hipertensão arterial de acordo com a pressão arterial de consultório, monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) e monitorização residencial da pressão arterial (MRPA)

Categoria	PAS(mmHg)		PAD (mmHg)
Pressão arterial no consultório	≥ 140	e/ou	≥ 90
MAPA			
• Vigília	≥ 135	e/ou	≥ 85
• Sono	≥ 120	e/ou	≥ 70
• 24h	≥ 130	e/ou	≥ 80
MRPA	130	e/ou	≥ 80

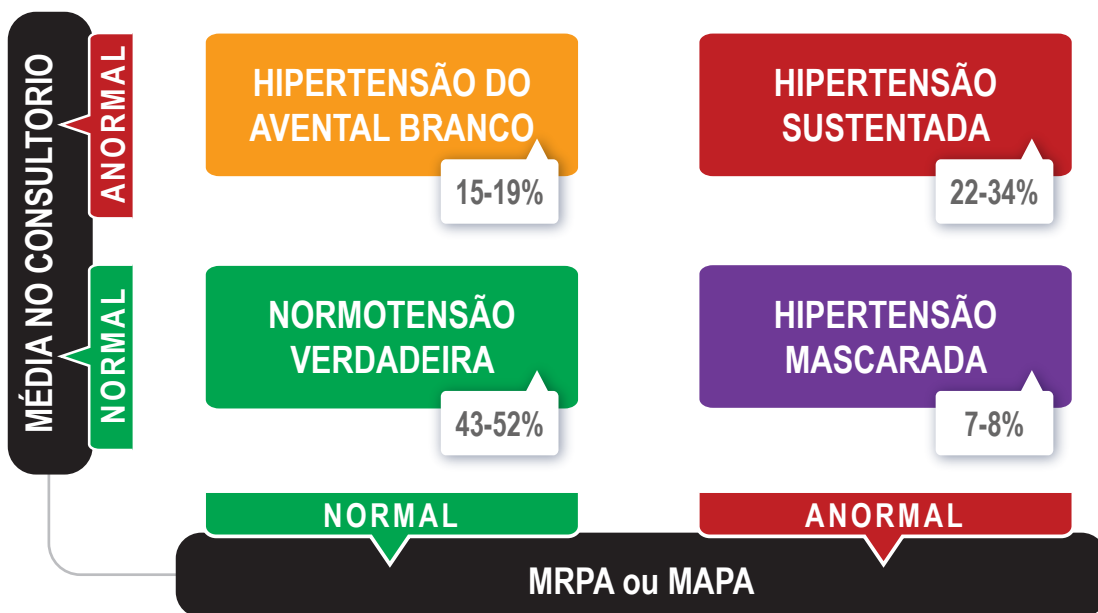
Fonte: Elaborada pelo autor com informações de Barroso *et al.*¹

3. HIPERTENSÃO MASCARADA (HM) X HIPERTENSÃO DO AVENTAL BRANCO (HAB) X HIPERTENSÃO SUSTENTADA (HS) X NORMOTENSÃO VERDADEIRA (NV)

A confirmação do diagnóstico de HA deve levar em consideração seus vários fenótipos possíveis:

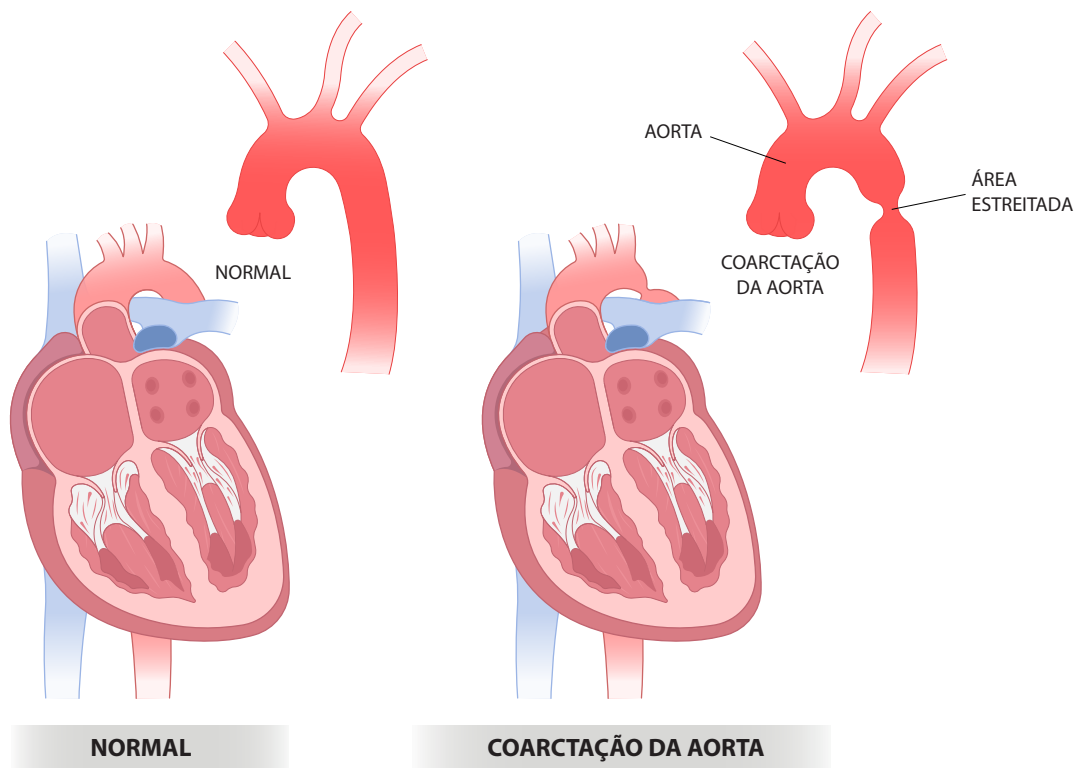
- NV – Medidas da PA no consultório e fora do consultório normais
- HAB – Medidas da PA elevada no consultório e normais fora do consultório
- HS – Medidas da PA no consultório e fora do consultório elevadas
- HM – Medidas da PA normais no consultório e fora do consultório elevadas

Fluxograma 2. Diagnósticos possíveis na hipertensão arterial (fenótipos)



Fonte: Elaborado pelo autor com informações de Barroso *et al.*¹

Figura 1. Coarctação de aorta



Fonte: Traduzida de Pepermpron/Shutterstock.com⁴.

Quadro 2. Sinais e sintomas de coarctação de aorta

PAS em artéria braquial > 10 mmhg em relação à artéria poplítea	Cefaleia
Ausência ou diminuição de pulsos em membros inferiores	Angina
Sopro interescapular	Manifestações de insuficiência cardíaca
Epistaxe	Dissecção de aorta

Fonte: Elaborado pelo autor.

A confirmação diagnóstica é feita por meio de angiorressonância e tomografia contrastada. O tratamento é sempre intervencionista e inclui: angioplastia, colocação de endoprótese vascular ou cirurgia aberta¹.

2.4. SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO (SAOS)

A SAOS é uma síndrome clínica caracterizada por pausas respiratórias devido a oclusões parciais ou totais das vias aéreas, resultando em hipóxia intermitente e hipercapnia. Os mecanismos associados à elevação pressórica são a hiperatividade do sistema simpático, inflamação sistêmica e liberação de radicais livres¹.

Figura 2. Fatores de risco e sintomas associados à SAOS



Fonte: Adaptada de masterandi/Shutterstock.com⁵.

O diagnóstico é feito por polissonografia³ e o tratamento de escolha consiste na mudança de estilo de vida e no uso de dispositivo de pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP). Até o momento, não há uma determinada classe de anti-hipertensivos orais que se mostre superior¹.

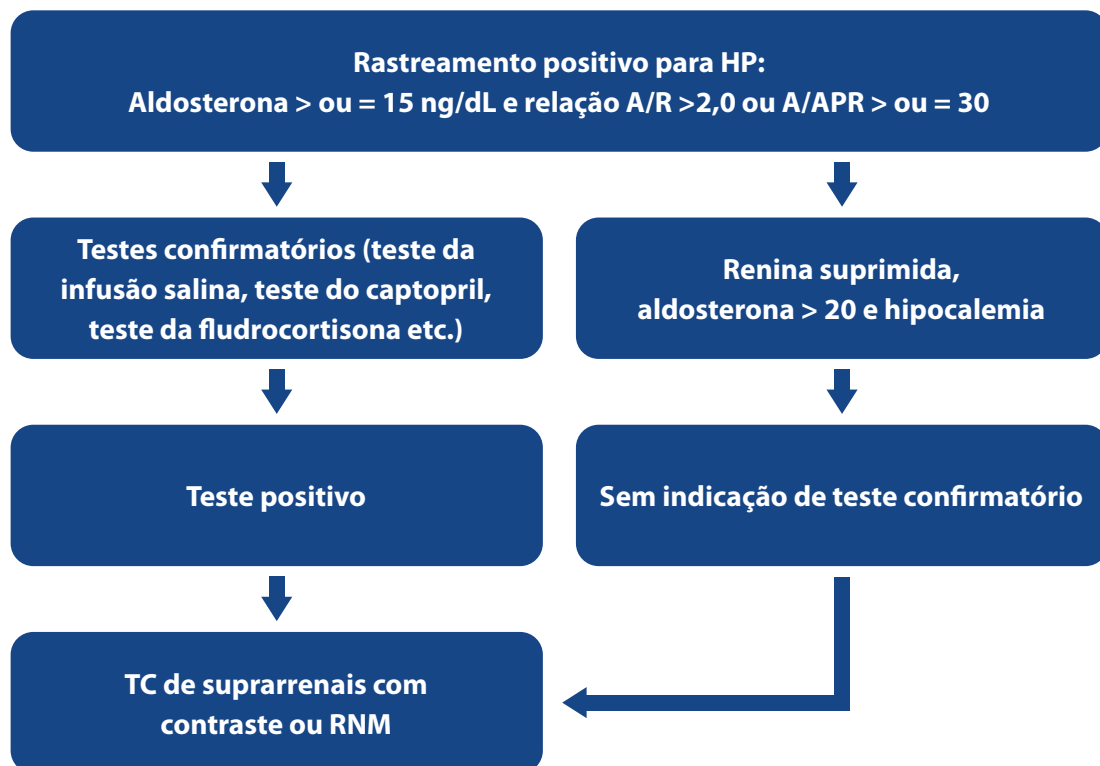
3. CAUSAS ENDÓCRINAS

3.1. HIPERALDOSTERONISMO PRIMÁRIO

O hiperaldosteronismo primário (HP) é caracterizado pelo aumento da excreção de aldosterona, que ocorre de forma autônoma e independente do controle da renina³, com prevalência em até 22% dos pacientes com hipertensão resistente¹. As principais causas são a hiperplasia bilateral das adrenais (50 a 60%) e o adenoma unilateral produtor de aldosterona (40%). Causas mais raras são a hiperplasia adrenal unilateral, carcinoma adrenal e tumores extra-adrenais produtores de aldosterona¹.

Entre 9 a 37% dos pacientes apresentam-se com hipocalcemia² e sintomas associados, como fraqueza muscular, palpitações, cefaleia, polidipsia e poliúria³.

Fluxograma 1. Investigação diagnóstica de hiperaldosteronismo primário



Fonte: Elaborado pelo autor com informações de Barroso *et al.*¹

O tratamento varia conforme a etiologia. Na presença de adenoma unilateral é indicada a ressecção cirúrgica. Já as hiperplasias beneficiam-se do bloqueio dos receptores de aldosterona (espironolactona). Em caso de necessidade, deve ser realizada a suplementação de potássio².

3.2. FEOCROMOCITOMA

Os feocromocitomas são tumores derivados das células cromafins, produtoras de catecolaminas, localizadas na medula adrenal (feocromocitomas) e extra-adrenais (paragangliomas)³. A tríade clássica é composta por cefaleia, sudorese profusa e palpitações, associadas à hipertensão paroxística, normalmente desencadeada por exercícios físicos extenuantes ou procedimentos cirúrgicos^{1,2}.