

## UN CASO DI IPERALDOSTERONISMO... “COMPLICATO”

**E.L. Greco**

P.O. Copertino

### Introduzione

Si dice che il surrene sia la tomba dell'endocrinologo. Talvolta è la tomba del paziente.

In alcuni casi, infatti, le difficoltà diagnostiche si intrecciano con quelle relative alle condizioni generali dei pazienti, complicando la gestione della malattia.

### Descrizione del caso

La sig. L.G. di anni 74 è ricoverata a luglio 2014 in Cardiologia per Scompenso cardiaco riacutizzato. Lamenta dispnea ingravescente (NYHA III-IV) ed edemi declivi in seguito alla sospensione, decisa autonomamente, della terapia diuretica.

Esami di laboratorio: creatinina 3.1, eGFR 15 mL/min, kaliemia 3.6 mEq/L, proBNP aumentato, TSH soppresso, FT3 e FT4 nei limiti.

Ecocardiogramma: cardiopatia sclero-ipertensiva, EF 55%, dilatazione biatriale, IM e IT moderate, ipertensione polmonare.

TC addome (per stipsi ostinata): nodulo surrenalico sin di 3 cm, già noto alla paziente.

Viene chiesta una consulenza endocrinologica.

La paziente si presenta in scadenti condizioni generali; presenta edemi agli arti inferiori e dispnea per sforzi lievi. Effettua terapia diuretica ad alte dosi.

Eseguo ecografia tiroidea che evidenzia un GMN con estrinsecazione intratoracica (anche qs già noto).

L'ipertensione, insorta in giovane età, è stata di difficile compenso, con rilievo frequente di ipokaliemia.

Stabilisco una terapia antitiroidea con Metimazolo 10 mg/die e, nell'impossibilità di sospendere la terapia diuretica, consiglio comunque dosaggio di Aldosteronemia e PRA + Metanefrine urinarie.

L'esito è il seguente: Metanefrine urinarie nei limiti; Aldosterone 100 ng/dL [V.N. 3.5-30], Renina (non PRA!) 1.3 mcU/mL [V.N. 4.4-46.1].

In considerazione dei risultati, malgrado la terapia diuretica, ho posto diagnosi di Ipertensione arteriosa verosimilmente secondaria (da Aldosteronoma).

Non essendo possibile, al momento, un approccio chirurgico, consiglio una terapia con spironolattone 300 mg/die.

La paziente è stata dimessa a fine luglio.

Al controllo successivo: lamenta dispnea, per sforzi moderati (NYHA II); la pressione arteriosa è controllata in maniera stabile; i nefrologi chiedono la riduzione dell'antialdosteronico per il peggioramento della funzione renale.

### Discussione

Le domande in sospeso sono:

- è sempre necessario sospendere la terapia in atto?
- esistono valori di cut-off per il rapporto Aldosterone/renina?
- è consigliabile un approccio chirurgico?