

ABSTRACT POSTER

NOME PRIMO AUTORE: Enrica

COGNOME PRIMO AUTORE: Barro

SEDE: Istituto di Medicina Clinica, Ospedale di Cattinara, Università degli Studi di Trieste

NOME COAUTORE: Emiliano

COGNOME COAUTORE: Panizon

SEDE: Istituto di Medicina Clinica, Ospedale di Cattinara, Università degli Studi di Trieste

NOME COAUTORE: Stella

COGNOME COAUTORE: Bernardi

SEDE: Istituto di Medicina Clinica, Ospedale di Cattinara, Università degli Studi di Trieste

NOME COAUTORE: Matteo

COGNOME COAUTORE: Rovina

SEDE: Istituto di Medicina Clinica, Ospedale di Cattinara, Università degli Studi di Trieste

NOME COAUTORE: Corrado

COGNOME COAUTORE: Baldi

SEDE: Istituto di Medicina Clinica, Ospedale di Cattinara, Università degli Studi di Trieste

NOME COAUTORE: Giulia

COGNOME COAUTORE: Furlanis

SEDE: Istituto di Medicina Clinica, Ospedale di Cattinara, Università degli Studi di Trieste

NOME COAUTORE: Andrea

COGNOME COAUTORE: Michelli

SEDE: Istituto di Medicina Clinica, Ospedale di Cattinara, Università degli Studi di Trieste

NOME COAUTORE: Renzo

COGNOME COAUTORE: Carretta

SEDE: Istituto di Medicina Clinica, Ospedale di Cattinara, Università degli Studi di Trieste

NOME COAUTORE: Bruno

COGNOME COAUTORE: Fabris

SEDE: Istituto di Medicina Clinica, Ospedale di Cattinara, Università degli Studi di Trieste

TIPOLOGIA: POSTER

ARGOMENTO: CASI CLINICI e VARIE

TITOLO: ESORDIO ATIPICO DI IPERTENSIONE ARTERIOSA ACCELERATA CON INSUFFICIENZA RENALE ACUTA

INTRODUZIONE (DESCRIZIONE CASO): Il caso riguarda una donna di 33 anni che giungeva in ambulatorio per l'inquadramento dell'ipertensione arteriosa di nuovo riscontro. Riferiva familiarità, lamentava cefalea. I valori di PA erano pari a 240/140 mmHg, il BMI era pari a 20, non vi erano soffi vascolari né segni neurologici. Dato il grado severo dell'ipertensione, la paziente veniva ricoverata per il trattamento e l'inquadramento diagnostico del caso. Dopo la somministrazione di nifedipina e clonidina la pressione scendeva a valori pari a 140-150/90-100 mmHg. Gli esami ematochimici dimostravano la presenza di insufficienza renale acuta, associata ad ipokaliemia, ipercolesterolemia, aumento degli indici di flogosi, lieve anemia e piastrinopenia. Inoltre, la paziente presentava proteinuria franca, segni elettrocardiografici d'ipertrofia ventricolare e retinopatia di III° grado. Alla luce dell'età, grado d'ipertensione, danno d'organo e ipokaliemia si eseguivano le indagini per escludere una forma di ipertensione secondaria. In tal senso, nonostante all'inizio vi fosse un iperaldosteronismo iperreninemico (aldosterone: 38.1 ng/dL con renina: 266.4 mcU/mL), l'ecocolordoppler e la TC escludevano la presenza di una stenosi delle arterie renali e/o masse anomale e, inaspettatamente, lo stesso rapporto aldosterone/renina si normalizzava dopo l'inizio del trattamento, riducendosi prima la renina e poi l'aldosterone. Data l'insufficienza renale veniva eseguita una biopsia renale che dimostrava diffuso ispessimento vascolare parietale, con aspetto a "bulbo di cipolla", microangiopatia trombotica e deposito di immunoglobuline.

CONCLUSIONI: La nostra diagnosi finale è stata ipertensione maligna, con microangiopatia trombotica e insufficienza renale acuta. Nel frattempo, la terapia anti-ipertensiva veniva potenziata con l'aggiunta di ramipril e carvedilolo; a sei settimane dall'esordio si assisteva ad una completa normalizzazione dei valori pressori e al miglioramento del danno d'organo già dopo tre mesi. Questo caso pone l'attenzione sull'esistenza di forme essenziali di ipertensione grave. Infatti, l'iperaldosteronismo iperreninemico dell'esordio è interpretabile come legato alla vasocostrizione renale in corso di crisi ipertensiva. Inoltre, il caso dimostra la necessità di una terapia anti-ipertensiva aggressiva al fine di far regredire il danno d'organo.