

Un caso di ipertensione arteriosa secondaria

Giovanni Di Giacinto

Medico di medicina generale
Mercatello Sul Metauro (PU)

Una donna di 60 anni, in lieve sovrappeso, è mia assistita da soli sei mesi, da quando cioè si è trasferita con il marito per raggiungere la figlia sposata, mia assistita da alcuni anni. La signora presenta ipertensione arteriosa ed è in terapia farmacologica da alcuni anni, con familiarità per l'affezione (sorella). Viene in ambulatorio perché ultimamente presenta uno scarso controllo della pressione arteriosa.

Prima visita ambulatoriale

► **Anamnesi:** la paziente presenta anche un gozzo multinodulare, attualmente in eutiroidismo. Si è sottoposta a interventi chirurgici di asportazione di un fibroadenoma mammario e di polipi uterini.

Negli ultimi due mesi la paziente ha presentato uno scarso controllo dei valori pressori (pressione arteriosa sistolica 160-170 fino a 200 mmHg e diastolica 90-110 mmHg) associato a episodi di cefalea e cardiopalmo.

Al momento della visita la PA, rilevata alle due braccia, è 160/110 mmHg, mentre la frequenza cardiaca è di 92 battiti/min, con regolare ritmo cardiaco.

La paziente è in terapia farmacologica con candesartan 16 mg/die e lercanidipina 10 mg/die.

Per i valori pressori rilevati ho consigliato di aggiungere un diuretico tiazidico alla terapia in atto, ma la signora mi ha riferito che non poteva utilizzare un diuretico, in quanto due anni prima aveva dovuto interrompere la terapia con questo farmaco indicato dallo specialista cardiologo per la comparsa di ipopotassiemia.

Pertanto, ho indicato di aumentare la posologia dei farmaci utilizzati (candesartan 32 mg/die e lercanidipina 20 mg/die) e di misurare frequentemente la PA a domicilio con l'apparecchio elettronico acquistato da alcuni mesi e di riportare su un diario i valori numerici.

Inoltre, ho prescritto alcuni esami di laboratorio.

Seconda visita ambulatoriale

Dopo dieci giorni la paziente è tornata in ambulatorio con il diario delle misurazioni pressorie e i risultati degli esami di laboratorio.

I valori pressori si sono mantenuti costantemente al di sopra di 140/90 mmHg e la paziente ha continuato a lamentare cefalea, che coincideva con i maggiori aumenti della PA.

Gli esami di laboratorio sono risultati nei limiti della norma, con l'eccezione del rilievo di una ipopotassiemia (2.7), che ha trovato conferma (2.0) in un prelievo successivo eseguito alcuni giorni dopo.

L'ipotassiemia non correlata a cause note, la persistenza di elevati valori di pressione arteriosa, pur raddoppiando la posologia dei farmaci già utilizzati, mi hanno fatto sospettare che la paziente potesse essere affetta da una forma secondaria di ipertensione arteriosa. Per tale motivo ho fatto eseguire alla signora ulteriori indagini.

► **Esami di laboratorio:** renina in clinostatismo 2.9, renina in ortostatismo 6.9, aldosterone sierico in clinostatismo 201, aldosterone urinario 24 h 21.81, potassiemia 3.2, sodiemia 141, sodiuria 24 h 1.2, potassiuria 24 h 5.0.

► **Ecografia reni e surreni:** in regione surrenalica sinistra presenza di una formazione ad ecostruttura isoecogena (incidentaloma) del diametro di 16x14 mm.

► **Ecocolor Doppler delle arterie renali:** non alterazioni suggestive per stenosi emodinamicamente significative. I dati laboratoristici e strumentali hanno confermato il mio sospetto clinico e, per questo motivo, ho inviato la

paziente presso una struttura specialistica universitaria della Regione, dedicata alla diagnosi e cura dell'ipertensione arteriosa, dopo avere esposto telefonicamente a una collega i risultati delle mie indagini.

Ricovero ospedaliero

► **Indagini di laboratorio:** potassiemia 2.6, renina ortostatica 0.1, aldosterone ortostatico 275 pg/ml, aldosterone urinario 24 h 18.3, sodiuria 24 h 39.79, potassiuria 24 h 96.6. Il test al carico salino è risultato alterato. Altri valori (emocromo, glicemia, transaminasi e gamma-GT, creatinemia e azotemia, elettroforesi sieroproteica, sodiemia, colesterolo totale, HDL e LDL, trigliceridi, microalbuminuria, dosaggio del cortisolo e degli ormoni tiroidei plasmatici) sono risultati nei limiti della norma.

Indagini strumentali

► **ECG:** ritmo sinusale normofrequente (FC 78 bpm), conduzione AV e IV nei limiti, ripolarizzazione ventricolare nella norma.

► **Ecocardiogramma:** dimensioni del ventricolo sinistro ai limiti superiori della norma con spessori parietali nei limiti e aumento dell'indice di massa (ipertrofia eccentrica), indici di funzione sisto-diastolica nella norma (FE 60%), sclerosi dell'apparato valvolare mitralico con insufficienza di grado moderato, atrio sinistro lievemente dilatato, lieve insufficienza tricuspidale con PAPs nella norma.

► **TAC addome:** formazione rotondeggiante ovale del diametro di circa 25 mm compreso nell'angolo fra polo renale superiore e labbro

mediale del surrene di sinistra, ipodensa, che non presenta significativo enhancement contrastografico, placca calcifica eccentrica peristiale dell'arteria renale destra, che non presenta peraltro stenosi critiche, arteria renale sinistra regolare, modesta diffusa ateromasia calcifica aortica.

► **Risonanza magnetica addome superiore:** non significative variazioni della neoformazione surrenalica sinistra da riferirsi in prima ipotesi a un adenoma.

Diagnosi e terapia

La paziente è stata dimessa con diagnosi di ipertensione arteriosa secondaria a iperaldosteronismo primitivo con danno d'organo (aterosclerosi aortica e renale) in soggetto in lieve sovrappeso corporeo, gozzo multinodulare attualmente in eutiroidismo.

È stata consigliata terapia farmacologica con verapamil 240 mg una cp/die, canreonato di potassio 100 mg una cp/die, doxazosin 4 mg una cp/die, delorazepam dieci gocce la sera, oltre all'indicazione di una dieta iposodica iperpotassiemica e di un'attività fisica regolare (30 minuti al giorno).

Decorso clinico

La paziente ha riferito un miglioramento soggettivo dopo l'inizio della terapia farmacologica consigliata in concomitanza con un migliore controllo dei valori pressori.

Recentemente è stata sottoposta a visita chirurgica, nel corso della quale è stata data l'indicazione all'intervento di surrenalectomia sinistra.

Commento

Secondo quanto definito dal Joint National Committee americano, nella valutazione dei pazienti con ipertensione arteriosa (IA) devono essere raggiunti quattro obiettivi:

- conferma dell'IA;
- identificazione di altri fattori di rischio per patologia cardiovascolare;
- individuazione di segni di danno

d'organo e di patologie cardiovascolari in atto;

- ricerca di segni e sintomi di sospetta ipertensione arteriosa secondaria (IAS).

L'ipertensione arteriosa viene definita secondaria quando l'elevazione dei valori pressori è conseguente ad una causa sottostante, identificabile e spesso correggibile.

La prevalenza varia in base alle caratteristiche degli ipertesi esaminati. In ambienti specialistici vengono riportate percentuali del 5-10%, certamente un bias di selezione, mentre studi di comunità forniscono percentuali intorno all'1%, probabilmente sottostimate.

Considerando che la prevalenza dell'ipertensione arteriosa essenziale (IAE) è stimata essere del 25-30% nella popolazione generale, un medico di medicina generale con 1.500 assistiti dovrebbe avere almeno 4-5 casi di ipertensione arteriosa secondaria.

L'obiettivo del Mmg è quello di porre il sospetto di una forma secondaria di IA, fare eseguire indagini laboratoristiche e strumentali mirate e inviare il paziente presso una struttura di secondo livello per la conferma diagnostica.

La precedente osservazione di due casi di ipertensione arteriosa secondaria, rispettivamente a feocromocitoma e ad iperaldosteronismo primario, un'altra osservazione recente di una paziente di 65 anni, ipertesa da alcuni anni, considerata affetta da IAE, che per il rilievo di un'insufficienza renale lieve ha eseguito un'ecografia renale che ha evidenziato "reni policistici", mi ha sensibilizzato a ricercare con più attenzione segni e sintomi clinici, rilievi laboratoristici e/o strumentali che possano evocare il sospetto di una ipertensione arteriosa secondaria.

Nel caso segnalato, sebbene non fossero rispettati completamente i criteri per la definizione di ipertensione arteriosa resistente, il mancato controllo dei valori pressori con l'impiego di due farmaci antipertensivi alla dose massima indicata nella scheda tecnica e, soprattutto, il rilievo di una ipopotassiemia non

correlata a cause note, già osservata in passato dopo l'assunzione di un diuretico tiazidico somministrato per poche settimane, mi hanno fatto sospettare che l'IA della paziente potesse essere secondaria a un iperaldosteronismo primario o ad una patologia vascolare renale.

Il riscontro di valori aumentati di aldosterone sierico e urinario con valori di renina plasmatica ai limiti inferiori della norma, la conferma dell'ipopotassiemia, i valori aumentati della potassiuria e ridotti della sodiuria, il rilievo ecografico di una formazione nodulare in regione surrenalica sinistra rafforzavano il sospetto di un iperaldosteronismo primario.

Il successivo ricovero ospedaliero presso una struttura dedicata ha permesso il definitivo inquadramento diagnostico del caso.

Conclusioni

L'ipertensione arteriosa è una delle patologie di più frequente osservazione nell'ambulatorio del medico di medicina generale.

Sebbene la quasi totalità dei pazienti sia affetta da IAE, una piccola quota presenta segni e sintomi clinici, alterazioni laboratoristiche e/o strumentali che devono fare sospettare al Mmg la presenza di una ipertensione arteriosa secondaria.

Una diagnosi di IAS può consentire in qualche caso una guarigione definitiva, evitando al paziente la necessità di una terapia medica di durata indefinita e permettendo alla società un considerevole risparmio dal punto di vista economico.

Nel caso clinico segnalato, l'aver posto il sospetto diagnostico di IAS, l'aver eseguito indagini laboratoristiche e strumentali "mirate" è stato molto apprezzato e messo in risalto dai colleghi ospedalieri, secondo quanto riferitomi dalla paziente al momento della dimissione ospedaliera.

Questo riconoscimento ha rappresentato un momento di soddisfazione personale, nel contesto di una attività lavorativa quotidiana non sempre gratificante.