



# SUPRARRENALECTOMIA UNILATERAL VIDEOLAPAROSCÓPICA: UM RELATO DE CASO

ADRIANA DE FREITAS FANTINELLI<sup>1</sup>; SILVIO HENRIQUES DA CUNHA NETO<sup>1</sup>; FERNANDO PONCE LEON<sup>1</sup>;  
JULIANA MYNSEN DA FONSECA CARDOSO<sup>1</sup>

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO- RJ - BRASIL.

## INTRODUÇÃO

A produção em demasia da aldosterona por parte do córtex adrenal é a forma mais comum de hipertensão arterial sistêmica com potencial de cura. O excesso de aldosterona aumenta o risco de eventos vasculares e danos aos órgão-alvo quando se comparam pacientes com esta patologia com aqueles cujo motivo da hipertensão é o essencial.

## RELATO DE CASO

Paciente de 50 anos, sexo feminino, aposentada, casada, negra, evangélica, natural de Duque de Caxias- RJ, procurou o serviço do HUCFF (UFRJ) com queixa de falta de ar e dificuldade no controle da hipertensão arterial, diagnosticada há 15 anos. Foi constatada, ainda, no último ano, redução persistente do potássio (2.9 mmol/l), e elevação sérica da aldosterona (215 mg/dl. Valor de referência: 1.8 a 23 mg/dl), além do agravamento da insuficiência cardíaca congestiva. Planejamento: Foi identificado, ao exame de imagem, em topografia suprarrenal esquerda, um espessamento de baixa densidade. Localizado no braço lateral da glândula adrenal e medindo 23 mm, o achado era compatível a hipótese de adenoma. Suporte clínico pré operatório: Diureticoterapia venosa e otimização de demais antihipertensivos, além de manutenção dos níveis séricos de potássio. Técnica cirúrgica: Abordagem transperitoneal, com a paciente em semi-decúbito lateral direito. Preditor de dificuldade: grande quantidade bridas em decorrência de colecistectomia e cesária prévias. Após acesso da região suprarrenal esquerda e remoção da glândula, a estrutura foi encaminhada para o estudo anatomo-patológico. Pós-operatório: Com boa evolução, a paciente não necessitou de fludrocortisona para compensação da esperada diminuição do corticoide endógeno.

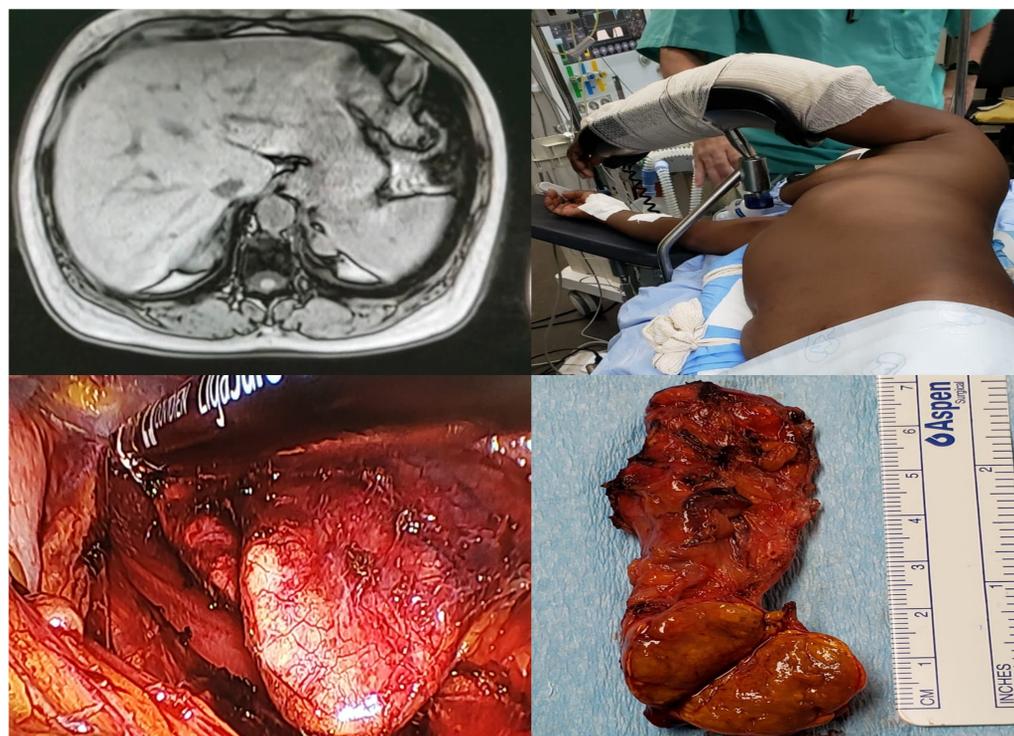


FIGURA 1- Etapas do planejamento e execução da suprarrenalectomia

## DISCUSSÃO

O hiperaldosteronismo primário está associado principalmente ao adenoma produtor de aldosterona ou à hiperplasia adrenal bilateral. Para a evidência do aumento primário da aldosterona sérica são investigados: hipertensão associada à hipocalcemia espontânea ou associada ao tratamento diurético; hipertensão resistente ao tratamento (tratamento triplo e incluindo um diurético); incidentaloma adrenal; história de hipertensão ou doença vascular cerebral em parentes próximos com menos de 50 anos. Quando comparada à adrenalectomia por via convencional, a adrenalectomia laparoscópica está associada a menor tempo de permanência hospitalar, menor uso de analgésicos, menos sangramento, início de dieta oral precoce, resultado estético superior, além de permitir o retorno precoce do paciente às atividades laborativas, sendo estes os motivos pelos quais planejou-se esta abordagem para esta paciente.

**REFERÊNCIAS:** 1- Schmiemann G, Gebhardt K, Hummers-Pradier E. Prevalence of hyperaldosteronism in primary care patients with resistant hypertension. JABFP 2012;1:98-103.

2- Monticone S, Burrello J, Tizzani D, Bertello C, Viola A, Buffolo F, Gabetti L, Mengozzi G, Williams T.A, Rabbia F, et al. Prevalence and Clinical Manifestations of Primary Aldosteronism Encountered in Primary Care Practice. J Am Coll Cardiol 2017. 69: 1811-1820.

3- Kebebew E, Siperstein AE, Duh Q-Y. Laparoscopic adrenalectomy: the optimal surgical approach. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2001;11:409-13.