

Un insolito caso di ipertensione essenziale giovanile

C Bima

UOC di Endocrinologia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Introduzione:

Le forme di ipertensione arteriosa secondaria rappresentano una piccola percentuale del totale (< 5%) e riguardano soprattutto pazienti di giovane età. Il sospetto clinico deve basarsi su storia clinica, esame obiettivo ed esiti delle indagini di routine, deponenti per specifiche condizioni patologiche. Inoltre, le forme secondarie si possono manifestare clinicamente con la presenza di un marcato aumento dei valori di pressione arteriosa, talora repentino, con un peggioramento dell'ipertensione arteriosa preesistente, con la resistenza alla terapia anche massimale o con un danno d'organo non proporzionato alla durata della patologia. Tra queste forme si possono annoverare le cause nefrologiche (nefro-parenchimali o nefro-vascolari) ed endocrinologiche.

Descrizione del caso:

La storia clinica della paziente era esordita nel 2013 quando, all'età di 25 anni, in seguito ad episodi di cefalea refrattaria alla terapia con antidolorifici, si recava in PS con diagnosi di ipertensione arteriosa, con riscontro di valori pressori pari a 180/120 mmHg. La paziente riferiva inoltre una sintomatologia caratterizzata da cardiopalmo, sudorazione algida, cefalea, ed offuscamento del visus. A maggio 2014 veniva ricoverata presso altro nosocomio dove, in seguito ad esclusione delle principali cause endocrinologiche di ipertensione arteriosa secondaria, veniva posta diagnosi di ipertensione essenziale complicata da iniziale nefroangiosclerosi e retinopatia ipertensiva di grado lieve. Nonostante terapia antipertensiva con clonidina, beta-bloccante e calcio antagonista, a dosaggio massimale, non si era ottenuto un ottimale controllo della pressione arteriosa. La paziente veniva inoltre sottoposta a valutazione psichiatrica con diagnosi di disturbo ansioso-depressivo, per cui iniziava terapia ansiolitica. A dicembre 2017, per persistenza di sintomatologia parossistica limitante lo svolgimento delle normali attività quotidiane, veniva ricoverata presso la nostra Divisione di Endocrinologia, dove, dopo adeguato wash-out della terapia antipertensiva interferente, venivano studiate le possibili cause di ipertensione secondaria, anche in considerazione del quadro di ipokaliemia moderata (potassiemia 3 mmol/l), nonostante terapia suppletiva con potassio per os. Gli esami ormonali di funzionalità tiroidea risultavano nella norma, lo studio della funzionalità surrenalica mostrava normali valori di ACTH, cortisolemia e androgeni surrenalici, con riscontro di livelli elevati di aldosterone plasmatico (478 pg/ml) ed urinario (53.6 mch/24h) associato a valori elevati di renina basale (207 mcU/ml), mentre la raccolta urine 24 h per catecolamine e metanefrine/normetanefrine risultava nei limiti della norma. L'ecocolordoppler delle arterie renali documentava una regolare perfusione parenchimale. Veniva pertanto eseguita TC addome e reni con studio angiografico delle arterie renali, da cui si evinceva la presenza di una lesione focale di 9 mm a margini regolari ma lievemente sfumati a minimo sviluppo esofitico e con enhancement disomogeneo e crescente in arteriosa e portale a carico del polo superiore del rene di sinistra. Veniva pertanto eseguito videat urologico con indicazione ad intervento chirurgico. La paziente veniva dunque sottoposta ad intervento chirurgico di enucleoresezione della suddetta neoformazione renale sinistra, con riscontro all'esame istologico di tumore iuxtaglomerulare a basso indice di proliferazione, compatibile con reninoma. Nei successivi controlli post-operatori la paziente manifestava una risoluzione completa del quadro di ipertensione arteriosa con normalizzazione della potassiemia.

Conclusioni:

Il reninoma è un tumore a cellule iuxtaglomerulari che rappresenta una rara causa di ipertensione arteriosa secondaria renina-mediata. E' solitamente diagnosticato in adolescenti o giovani adulti che tipicamente presentano una lunga storia di cefalea che conduce alla diagnosi di ipertensione arteriosa resistente alla terapia farmacologica. Caratteristica è la presenza di ipokaliemia alla diagnosi clinica di ipertensione arteriosa. Elevati livelli di renina plasmatica e di aldosterone supportano il sospetto clinico. L'esame ecografico può non mostrare alterazioni parenchimali, pertanto il gold standard diagnostico è rappresentato da indagini radiologiche di secondo livello, quali TC o RM con mezzo di contrasto. La terapia è chirurgica con approccio "nephron-sparing" e consente una completa normalizzazione del quadro pressorio ed elettrolitico.