

IPERTENSIONE ED IPOPOTASSIEMIA

DR.SSA I. PATELLI

DR.SSA L. CARESIA

CASO CLINICO

Donna, 45 anni

Comparsa in età adulta di ipertensione resistente a polifarmacoterapia a dosaggio massimale (Lacidipina, Lisinopril, Idroclorotiazide, Nebivololo)

Familiarità per ipertensione arteriosa in età giovanile (padre)

Presenza di danno d'organo

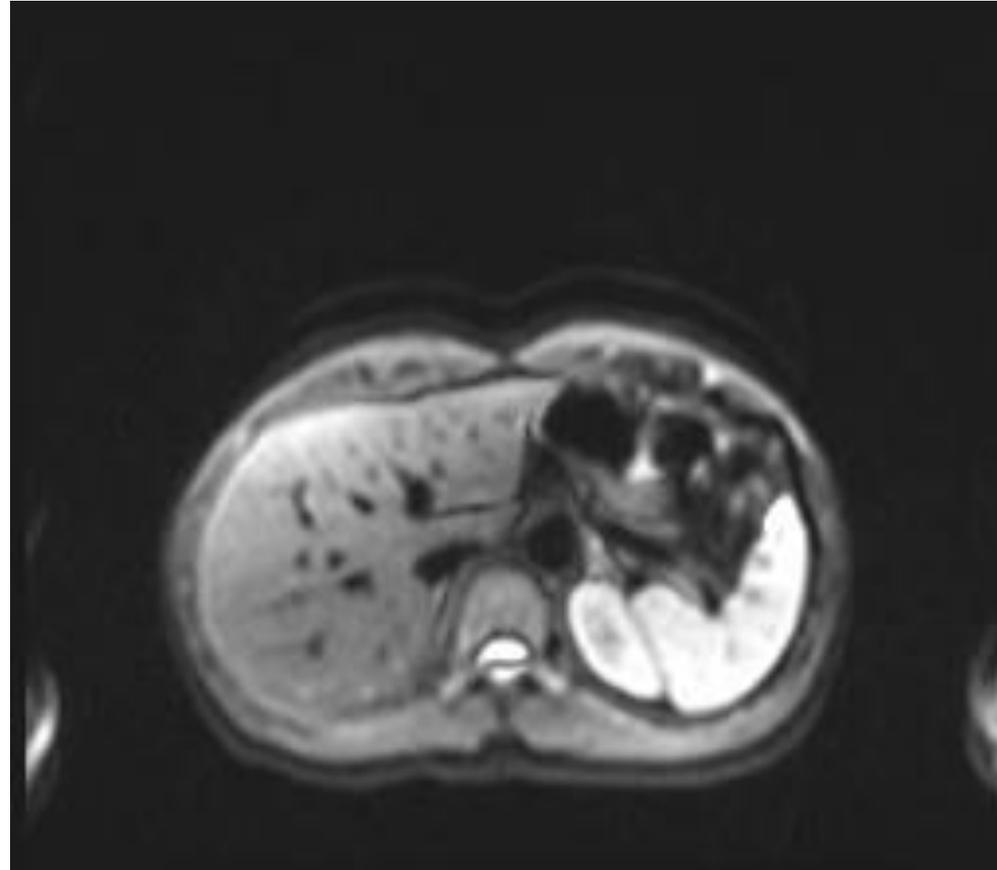
Comparsa di ipokaliemia nonostante supplementazione di potassio per os ed antialdosteronico

ITER DIAGNOSTICO

- Ecocolordoppler arterie renali negativo;
- Elettroforesi proteine plasmatiche e urinarie negativo;
- Ricerca di anticorpi antifosfolipidi e coagulopatie negativo;
- Per escludere correlazione del quadro con alterazioni del ciclo mestruale, nel 2020 si avviava analogo del GnRH (Decapeptyl 11,2/5 mg 1 fl ogni 3 mesi) poi sospeso per peggioramento del profilo pressorio;
- TC encefalo e visita neurologica nella norma;
- In esclusione di una eventuale non aderenza terapeutica da parte della paziente, venivano dosati amlodipina e idroclorotiazide urinari che risultavano nei limiti di quantificazione (rispettivamente 8477 ng/mL e 7 ng/mL);
- Esclusione di tireopatie (eutiroidismo).

ITER DIAGNOSTICO

- RM addome: riscontro di aumento dimensionale del surrene sn (10mm), stabile dal 2018 nei controlli semestrali;
- Metanefrine urinarie negative;
- CLU negativo;
- In sospetto di iperaldosteronismo per singolo riscontro di elevati livelli di aldosterone (30,4 ng/dL) nonostante livelli elevati di renina, si eseguiva cateterismo selettivo delle vene surrenaliche, con assenza di significativa lateralizzazione.



RICOVERO E TEST AL CAPTOPRIL

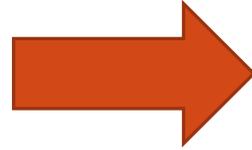
Luglio 2021: ricovero presso il nostro reparto per severa ipokaliemia (2,2 mmol/L, nonostante supplementazione + antialdosteronico).

La supplementazione di potassio veniva incrementata progressivamente fino a 120 mEq/2 L SF / 24 ore.

Effettuava wash out di Canrenone e dopo tre settimane veniva eseguito test al Captopril 25 mg per os con i seguenti risultati:

- Basali: renina 2.4 mIU/mL, aldosterone 1.7 ng/dL;
- Tempo + 120': renina 2 mIU/mL, aldosterone 1.2 ng/dL;
- Tempo + 240': renina 1.8 mIU/mL, aldosterone 1.57 ng/dL.

- Test al Captopril negativo (ARR<3.7)
- Iporeninemia
- Ipopotassiemia
- Ipertensione resistente
- Mancata risposta al canrenoato
- Diagnosi differenziale per altre forme di ipertensione secondaria escludeva ulteriore eziologia



Sospetto di Sindrome di Liddle



Avviata terapia con Amiloride:

- Progressiva riduzione sino alla sospensione della supplementazione di potassio p.o.
- Progressiva riduzione dei restanti farmaci antipertensivi

SINDROME DI LIDDLE

- Forma genetica di IPA con ipokaliemia, iporeninemia ed ipoaldosteronismo
- Mutazione di catene α , β , γ del canale ENaC sulla porzione terminale del tubulo renale \rightarrow sovraespressione del canale ENaC nella membrana apicale delle cellule dell'epitelio renale e maggior stato di apertura \rightarrow Perdita di K^+ ed incrementato riassorbimento di Na^+
- Eccellente risposta ad amiloride ed alla dieta iposodica
- Molta variabilità fenotipica
- Diagnosi di esclusione (rischio di ritardo diagnostico!)

