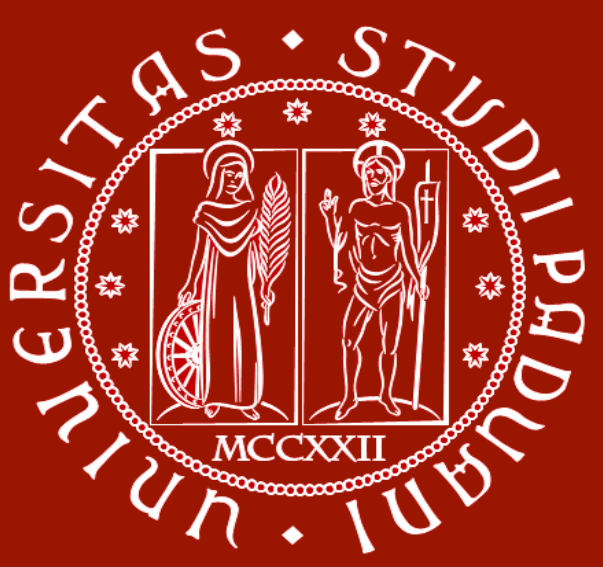


Un caso di ipertensione non controllata: quando l'anamnesi alimentare diventa fondamentale

Bavaresco A.¹, Barbot M.¹, Ceccato F.¹, Tizianel I.¹, Mazzeo P.¹, Lazzara M.¹, Bovo G.¹, Sabbadin C.¹

1. U.O.C. di Endocrinologia, Dipartimento di Medicina - DIMED, Azienda Ospedale Università di Padova

Corresponding author: Alessandro Bavaresco (alessandro.bavaresco@aopd.Veneto.it)



INTRODUZIONE

Lo pseudoiperaldosteronismo è una condizione che imita clinicamente l'iperaldosteronismo primitivo, con ipertensione arteriosa e ipokaliemia, ma caratterizzato da livelli ridotti di renina e aldosterone. La causa più frequente è l'eccessiva assunzione di liquirizia; tale effetto è mediato dal suo metabolita, l'acido glicirretico, che inibisce l'11-beta-idrossisteroide deidrogenasi di tipo 2 (11 β HSD2) con conseguente aumento dei valori di cortisolo. Il quadro clinico solitamente regredisce sospendendo l'assunzione di liquirizia, ma talvolta i sintomi possono essere critici e persistere per settimane, richiedendo un trattamento con antagonisti del recettore dei mineralcorticoidi e supplementazione di potassio.

PRESENTAZIONE DEL CASO

Un uomo di 55 anni giungeva in Pronto Soccorso poiché lamentava da una settimana dolore toracico, con concomitanti astenia e parestesie dell'arto superiore sinistro. Alla visita veniva riscontrata ipertensione arteriosa (PAO 160/90 mmHg), e agli esami ematochimici si evidenziava importate ipokaliemia (2.2 mmol/L) e troponina aumentata (38 ng/L). Venivano quindi eseguiti:



ECG: tachicardia sinusale (108 bpm), extrasistoli sopraventricolari, emblocco anteriore sinistro e onde T appiattite.
Angio-TC coronarica urgente: assenza di stenosi significativa delle arterie coronarie



Anamnesticamente riferiva recente insorgenza dell'ipertensione arteriosa, per cui ha iniziato terapia con Olmesartan 40 mg/die e amlodipina 5 mg/die.

Interrogato a riguardo, il paziente negava assunzione di liquirizia, succo di pompelmo o terapia glucocorticoide.

Veniva quindi ricoverato presso il nostro reparto, dove si impostava la seguente supplementazione di potassio e terapia anti-ipertensiva:

Potassio cloruro	60 mEq ev/die + 3600 mg per os die
Doxazosina	2 mg/die
Bisoprololo	2.5 mg/die

Persistenza di IPA e IpoK+

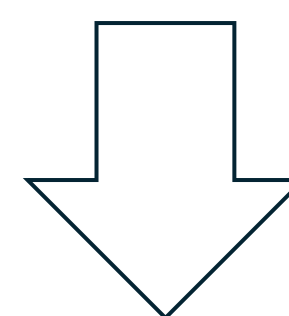
Potassio cloruro	120 mEq ev/die + 5400 mg per os die
Doxazosina	6 mg/die
Amlodipina	5 mg/die
Canreonato di potassio	100 mg bid
Bisoprololo	2.5 mg/die

DISCUSSIONE

Nonostante le terapie interferenti, venivano eseguiti esami di screening per escludere una ipertensione secondaria, ed una TC addome che escludeva la presenza di lesioni surrenaliche.

Esami di laboratorio	
Renina (mIU/L)	< 2
Aldosterone (pmol/L)	63.2
CLU (nmol/24h)	283
Cortisone urinario (nmol/24h)	133
Rapporto CLU/cortisone urinario (v.n. 0.14 – 1.08)	2.12

In considerazione del quadro clinico, dei valori di renina e aldosterone, e dell'alterato rapporto cortisolo/cortisone (indicativo di una inibizione dell'11 β HSD2), eseguivamo una nuova raccolta anamnestica



In tale occasione, il paziente riferiva di assumere quotidianamente del **liquore alla liquirizia**, confermando la diagnosi di **pseudoiperaldosteronismo**



Veniva poi dimesso con kaliemia normale, ma persistenza di ipertensione arteriosa nonostante l'importante terapia anti-ipertensiva (doxazosina, canreonato di potassio, amlodipina). Dopo due settimane, osservavamo una normalizzazione dei valori pressori e una lieve iperkaliemia, con **rapporto urinario cortisolo/cortisone nella norma (0.9)** e un aumento di renina ed aldosterone (rispettivamente 7.8 mIU/L e 95.4 pmol/L), per cui si sospendeva la terapia con anti-aldosteronico.

TAKE-HOME MESSAGES

In pazienti con rapida insorgenza di ipertensione arteriosa ed ipokaliemia è importante escludere uno pseudoiperaldosteronismo, che è una condizione spesso sottostimata. È necessaria una anamnesi attenta e puntuale, una valutazione dei livelli di renina e aldosterone, e, se disponibile, un calcolo del rapporto urinario tra cortisolo e cortisone.