36º CONGRESSO BRASILEIRO DE PEDIATRIA
O olhar que prepara para o Futuro
CURITIBA | PR Expotrade Convention Center
8 A 12 DE OUTUBRO 2013

Trabalhos Científicos

Título: Síndrome De Gordon. Relato De Caso

Autores: CAMILA LINO MARTINS (HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL); GUILHERME VIOTTO RODRIGUES DA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL); ANA CAROLINE CAFURE (HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL); NEIRELE TIEMI MARQUES INOUYE (HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL); MANUELA JANINI DE OLIVEIRA (HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL); HAROLDO LUIZ LINS E SILVA (HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL)

Resumo: Introdução: O pseudohipoaldosteronismo primário tipo II ou Síndrome de Gordon é uma entidade rara, de herança monogênica dominante, caracterizada principalmente por hipertensão arterial sistêmica, hipercalemia e acidose metabólica hiperclorêmica. Relato do Caso: Paciente de seis anos idade, sexo masculino, deu entrada no pronto-atendimento com história de hipertensão arterial sistêmica após aferição em domicílio. Encontrava-se assintomático e ao exame físico, de alterado, hipertenso e taquicárdico. Exames laboratoriais normais, exceto por hipercalemia e gasometria arterial com acidose metabólica; eletrocardiograma evidenciava taquicardia sinusal e hipertrofia ventricular esquerda. Encaminhado ao centro de terapia intensiva devido crise hipertensiva para administração de nitroprussiato de sódio endovenoso. Iniciado investigação para hipertensão arterial secundária, solicitou-se função tireoideana, urina tipo I, urina de 24 horas, ácido vanilmandélico e metanefrinas, radiografia de tórax, ultrassonografia de rins e vias urinárias e de abdômen total os quais estavam normais; ecocardiograma transtorácico evidenciou hipertrofia ventricular esquerda moderada. Os níveis de renina plasmática eram baixos e os de aldosterona estavam no limite inferior da normalidade. Confirmado hipótese diagnóstica de Síndrome de Gordon, iniciou-se tratamento com hidroclorotiazida e dieta hipossódica, diminuindo-se gradativamente os níveis pressóricos. Discussão: Os achados clássicos da Síndrome de Gordon são os de hipertensão arterial sistêmica, hipercalemia e acidose metabólica. A função renal é normal, estando os níveis séricos de renina e aldosterona baixos na maioria dos casos. A terapia simples com dieta hipossódica e diuréticos tiazídicos é capaz de normalizar as alterações acima descritas, diminuindo drasticamente a morbimortalidade relacionada à doença. Conclusão: A Síndrome de Gordon é doença rara, de curso extremamente benigno se tratada corretamente e em tempo hábil, não devendo fugir do diagnóstico diferencial de hipertensão arterial sistêmica em infantes, principalmente naqueles com alterações da acidemia e dos níveis séricos de potássio.