

# Diagnóstico tardio de feocromocitoma após décadas de hipertensão não investigada: um relato de caso

Isabela Guedes Mello<sup>1</sup>, Lucas Pereira de Carvalho<sup>1</sup>, Lara Antunes Nascimento<sup>1</sup>, Bruno Sardinha de Paula<sup>1</sup>, Theo Figueiroa de Brito<sup>1</sup>, Josana de Castro Peixoto<sup>2</sup>

1. Discente do curso de Medicina da Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA.

2. Docente curso de Medicina da Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA.

<p><b>RESUMO:</b> A hipertensão arterial sistêmica em pacientes jovens frequentemente está relacionada a causas secundárias potencialmente reversíveis, entre elas o feocromocitoma, tumor neuroendócrino raro caracterizado pela produção excessiva de catecolaminas. Paciente do sexo masculino, 42 anos, apresentava hipertensão arterial desde os 18 anos, além de episódios recorrentes de palpitações, taquicardia e elevação súbita da pressão arterial, especialmente durante esforço físico. Evoluiu com crise hipertensiva grave associada à sudorese intensa e síncope durante atividade física, sendo encaminhado ao serviço de emergência para estabilização clínica e investigação diagnóstica. A dosagem de metanefrinas urinárias em 24 horas revelou níveis significativamente elevados, compatíveis com hipersecreção de catecolaminas. A tomografia computadorizada evidenciou lesão em suprarrenal direita sugestiva de neoplasia adrenal. O paciente foi submetido à ressecção cirúrgica da lesão, com confirmação anatomopatológica e imuno-histoquímica de feocromocitoma. No pós-operatório, apresentou melhora significativa dos níveis pressóricos e resolução dos episódios adrenérgicos. Nesse viés, o presente estudo tem como objetivo relatar o caso de um paciente com hipertensão desde os 18 anos, sem investigação adequada por décadas, posteriormente diagnosticado com feocromocitoma após quadro grave, destacando a importância da investigação precoce em jovens.</p>	<p><b>Palavras-chave:</b> Hipertensão arterial. Feocromocitoma. Paciente jovem.</p>
--	---

## INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) constitui uma das principais doenças crônicas não transmissíveis e representa importante fator de risco para eventos cardiovasculares, sendo responsável por elevada morbimortalidade em nível global<sup>1,2</sup>. Nesse sentido, embora classicamente associada ao envelhecimento, a ocorrência de HAS em indivíduos jovens tem sido

cada vez mais reconhecida, com prevalência estimada entre 5% e 10% nessa faixa etária, o que reforça a necessidade de investigação clínica mais aprofundada nesses casos <sup>2,3</sup>.

Ademais, diferentemente da população idosa, na qual predomina a hipertensão essencial, pacientes jovens apresentam maior probabilidade de hipertensão secundária, frequentemente relacionada a causas potencialmente reversíveis <sup>2,4</sup>. Nesse conceito, entre essas causas, destacam-se doenças renais, alterações vasculares, distúrbios endócrinos e tumores produtores de catecolaminas, que devem ser sistematicamente investigados diante de quadros atípicos ou de difícil controle pressórico <sup>3,5</sup>.

Dentre essas etiologias, o feocromocitoma, embora raro, assume papel de destaque como etiologia secundária de hipertensão arterial <sup>1,5</sup>. Trata-se, portanto, de um tumor neuroendócrino originado das células cromafins da medula adrenal, caracterizado pela secreção excessiva de catecolaminas, como adrenalina e noradrenalina, resultando em manifestações clínicas típicas como hipertensão paroxística, cefaleia, sudorese e taquicardia <sup>1,6</sup>. Além disso, sua incidência na população geral é baixa, correspondendo a menos de 0,2% dos casos de hipertensão, porém sua relevância clínica é elevada devido ao risco de complicações cardiovasculares graves quando não diagnosticado precocemente <sup>1,6</sup>.

No que se refere à apresentação clínica, o feocromocitoma pode se manifestar de forma variável, incluindo desde hipertensão sustentada até crises hipertensivas episódicas associadas a estímulos físicos ou emocionais, como exercício físico intenso, podendo evoluir com arritmias, síncope e eventos potencialmente fatais <sup>6,7</sup>. Adicionalmente, muitos pacientes permanecem por longos períodos sem diagnóstico, sendo tratados apenas de forma sintomática, o que contribui para a progressão da doença e aumento do risco de complicações <sup>3,7</sup>.

Desse modo, a investigação diagnóstica da hipertensão secundária em jovens deve incluir avaliação laboratorial e exames de imagem, com destaque para a dosagem de metanefrinas plasmáticas ou urinárias no rastreamento de feocromocitoma, seguidos por métodos de imagem como tomografia computadorizada ou ressonância magnética para localização tumoral <sup>1,6</sup>. Sendo assim, o reconhecimento precoce é fundamental, uma vez que o tratamento cirúrgico pode ser curativo na maioria dos casos, especialmente quando realizado antes do desenvolvimento de complicações irreversíveis <sup>8,9</sup>.

Nesse viés, o presente estudo tem como objetivo relatar o caso de um paciente com hipertensão desde os 18 anos, sem investigação adequada por décadas, posteriormente diagnosticado com feocromocitoma após quadro grave, destacando a importância da investigação precoce em jovens.

## DESCRIÇÃO

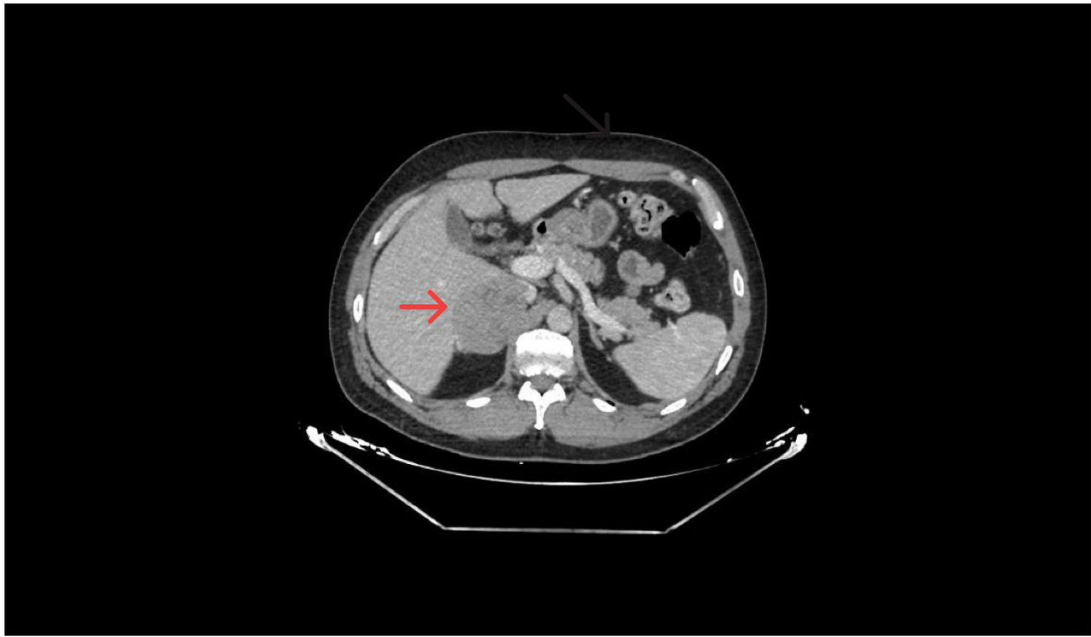
Paciente do sexo masculino, 42 anos de idade, com história de hipertensão arterial sistêmica desde os 18 anos, inicialmente diagnosticada durante avaliação clínica de rotina. À época, foi instituído tratamento medicamentoso anti-hipertensivo, sem investigação etiológica aprofundada. Desde então, o paciente iniciou o uso de Brasart 80 mg, Alopurinol 100 mg e Dutasterida, ao longo de aproximadamente 24 anos.

Durante esse período, relatava episódios esporádicos de palpitações, taquicardia e elevação súbita da pressão arterial, especialmente associados a esforço físico, como atividades em academia. Tais manifestações eram autolimitadas e não motivaram investigação adicional.

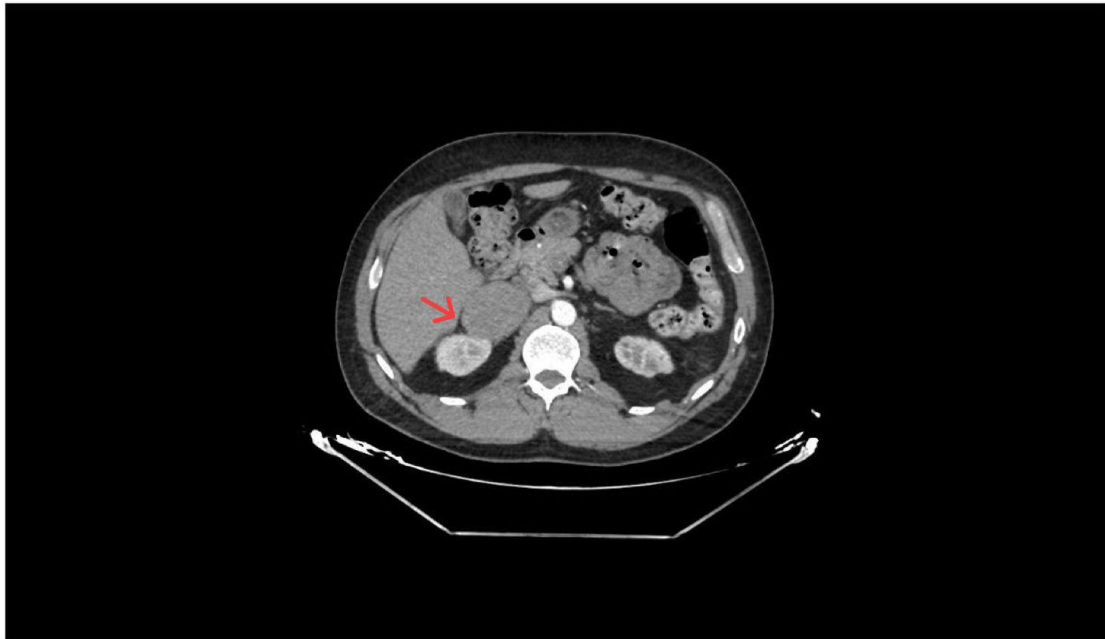
Aos 42 anos, durante prática de exercício físico com levantamento de peso, apresentou episódio súbito de piora clínica caracterizado por elevação acentuada da pressão arterial, taquicardia intensa, sudorese e posterior síncope. Foi encaminhado ao serviço de emergência, onde permaneceu internado por dois dias para estabilização clínica e investigação diagnóstica.

Durante a internação, foram realizados exames laboratoriais e de imagem. Destacase a dosagem de metanefrinas urinárias em amostra de 24 horas, que evidenciou valores significativamente elevados: normetanefrina de 8035,2 mcg/24h (valor de referência até 732,0 mcg/24h) e metanefrina de 1486,3 mcg/24h (valor de referência até 280,0 mcg/24h), achados compatíveis com hipersecreção de catecolaminas. O exame foi repetido para confirmação, mantendo resultados elevados.

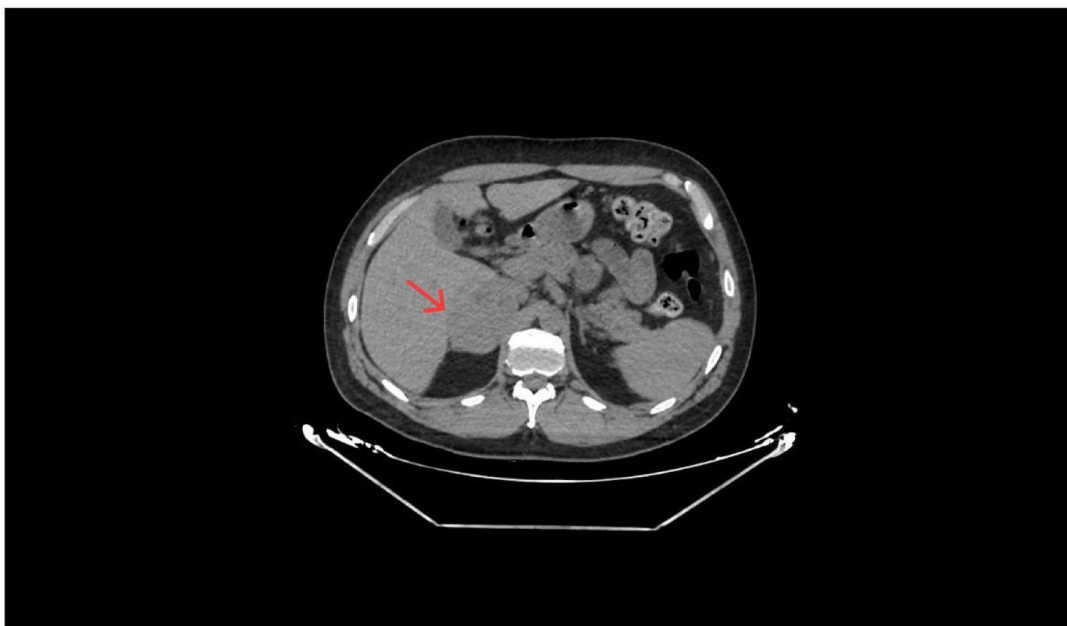
Diante da forte suspeita de tumor produtor de catecolaminas, foram realizados exames de imagem. A tomografia computadorizada de abdome, em diferentes fases, evidenciou lesão em glândula suprarrenal direita, sugestiva de neoplasia adrenal (figuras 1). Adicionalmente, a tomografia com contraste em fases arterial e portal permitiu melhor caracterização da lesão, demonstrando suas dimensões e relação com estruturas adjacentes (figura 2 e 3).



**Figura 1:** Tomografia computadorizada de abdome sem contraste evidenciando lesão em topografia de suprarrenal direita, sugestiva de feocromocitoma. **Fonte:** arquivo pessoal



**Figuras 2:** Tomografia computadorizada de abdome em fase arterial demonstrando lesão expansiva em suprarrenal direita com realce heterogêneo pelo contraste. **Fonte:** arquivo pessoal



**Figura 3:** Tomografia computadorizada de abdome em fase portal evidenciando massa adrenal direita compatível com feocromocitoma. **Fonte:** arquivo pessoal

O paciente foi submetido à abordagem cirúrgica para ressecção da lesão adrenal. O estudo anatomopatológico associado à análise imuno-histoquímica revelou perfil compatível com feocromocitoma. A imuno-histoquímica demonstrou positividade para marcadores neuroendócrinos, incluindo cromogranina A e sinaptofisina, além de GATA-3, com índice proliferativo Ki-67 inferior a 5%, corroborando o diagnóstico. Marcadores como inibina, Melan-A e HMB-45 foram negativos, afastando outras neoplasias adrenais.

A conclusão do exame histopatológico foi de quadro compatível com feocromocitoma de adrenal direita, sendo recomendada correlação clínico-radiológica, a qual confirmou o diagnóstico.

No pós-operatório, o paciente evoluiu com melhora significativa dos níveis pressóricos e resolução dos episódios de taquicardia e crises adrenérgicas, evidenciando a relação direta entre o tumor e o quadro clínico de hipertensão de longa data.

### ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP/UniEVANGÉLICA), seguindo a resolução 466/2012 e Carta Circular 166/2018 que dispõe sobre relato de caso.

O principal risco do relato é a quebra de sigilo, que será minimizado com identificação em código numérico para manter o anonimato dos dados coletados. Ademais, os prontuários serão transcritos e armazenados juntamente ao banco de dados da equipe de pesquisa, onde somente os pesquisadores e o orientador terão acesso, não sendo permitido o acesso a nenhum outro membro.

Os benefícios diretos e indiretos relacionados com a sua colaboração nesta pesquisa incluem o avanço do conhecimento científico sobre a hipertensão arterial sistêmica em pacientes jovens, com ênfase na importância da investigação de causas secundárias, como o feocromocitoma. Esse conhecimento pode, futuramente, contribuir para prevenção e manejo de casos semelhantes.

Em conformidade com as normas vigentes, a paciente foi devidamente informada sobre a natureza do relato e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizando o uso de dados de seu prontuário e exames para fins acadêmicos e científicos.

## DISCUSSÃO

O caso ilustra a importância da investigação etiológica da hipertensão arterial em pacientes jovens, especialmente diante de sinais sugestivos de hiperatividade adrenérgica, uma vez que o diagnóstico tardio pode prolongar a exposição a níveis pressóricos elevados e aumentar o risco de complicações cardiovasculares.

A prevalência de hipertensão secundária em adultos jovens é significativamente superior à observada em faixas etárias mais avançadas, podendo estar associada a causas potencialmente reversíveis, como distúrbios endócrinos, incluindo o feocromocitoma<sup>6</sup>. Nesse contexto, a ausência de investigação etiológica adequada pode resultar em atraso diagnóstico, como observado no presente caso, no qual o paciente permaneceu por mais de duas décadas sob tratamento sintomático.

O feocromocitoma é um tumor neuroendócrino raro, originado das células cromafins, responsável pela secreção excessiva de catecolaminas. Embora represente menos de 0,2% dos casos de hipertensão, sua relevância clínica é significativa devido ao potencial de desencadear crises hipertensivas graves e complicações cardiovasculares potencialmente fatais<sup>1,5</sup>. A apresentação clínica clássica inclui a tríade de cefaleia, sudorese e taquicardia, frequentemente associada a episódios paroxísticos de elevação pressórica<sup>3</sup>. No caso descrito, o paciente apre-

sentava manifestações compatíveis com hiperatividade adrenérgica desde a juventude, incluindo palpitações e elevação súbita da pressão arterial durante esforço físico, o que configura um quadro típico, porém subvalorizado ao longo do tempo.

A literatura evidencia que fatores como exercício físico, estresse emocional e estímulos mecânicos podem precipitar crises adrenérgicas em pacientes com feocromocitoma<sup>1</sup>. O episódio agudo apresentado pelo paciente, com taquicardia intensa, sudorese, hipertensão grave e síncope durante atividade física, exemplifica uma manifestação clássica de crise catecolaminérgica, considerada uma emergência endócrina devido ao risco de arritmias, acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio<sup>1</sup>. Esse tipo de apresentação reforça a importância do reconhecimento precoce dos sinais clínicos sugestivos.

Do ponto de vista diagnóstico, a dosagem de metanefrinas plasmáticas ou urinárias constitui o método de rastreio mais sensível para feocromocitoma, com alta acurácia diagnóstica<sup>1,2</sup>. No presente caso, os níveis extremamente elevados de normetanefrina e metanefrina urinárias, confirmados em exames repetidos, foram determinantes para o direcionamento diagnóstico. A identificação de lesão adrenal por exames de imagem seguiu as recomendações atuais para localização tumoral, consolidando o diagnóstico<sup>2,5</sup>.

O tratamento do feocromocitoma é predominantemente cirúrgico, sendo a ressecção tumoral o único método curativo na maioria dos casos<sup>5</sup>. A evolução favorável observada no paciente, com normalização dos níveis pressóricos e resolução completa dos sintomas após a adrenalectomia, está em consonância com a literatura, que demonstra melhora significativa ou cura da hipertensão após o tratamento cirúrgico<sup>5</sup>. Esse desfecho reforça a importância da identificação precoce da doença, uma vez que o diagnóstico tardio pode resultar em danos cardiovasculares cumulativos.

Além disso, evidências indicam que a exposição prolongada a fatores de risco cardiovasculares, como a hipertensão não controlada desde a juventude, pode levar a alterações estruturais e funcionais no sistema vascular e no sistema nervoso central, incluindo doença de pequenos vasos cerebrais e comprometimento cognitivo<sup>7,8</sup>. Dessa forma, o atraso diagnóstico observado no caso pode ter implicações além do controle pressórico, impactando a saúde global do paciente a longo prazo.

Comparado a outros relatos, este caso se destaca pelo longo intervalo entre o início dos sintomas e o diagnóstico definitivo, evidenciando uma lacuna importante na prática clínica. A persistência de sintomas sugestivos de descarga catecolaminérgica, mesmo que intermitentes,

deve sempre motivar investigação, especialmente em pacientes com hipertensão de início precoce<sup>4,6</sup>. Diretrizes atuais reforçam que a presença de sinais atípicos ou de difícil controle pressórico deve levar à investigação sistemática de causas secundárias<sup>4</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relato de caso evidencia a importância da investigação minuciosa da hipertensão arterial em pacientes jovens, especialmente diante da ausência de controle adequado ou da presença de sinais sugestivos de etiologias secundárias. A ocorrência de hipertensão desde a adolescência, associada a manifestações de hiperatividade adrenérgica ao longo dos anos, destaca o feocromocitoma como uma causa relevante e potencialmente curável, embora frequentemente subdiagnosticada.

A identificação tardia da etiologia, após décadas de tratamento exclusivamente sintomático, reforça a necessidade de maior atenção à anamnese detalhada e à valorização de sintomas como crises paroxísticas de hipertensão, taquicardia e sudorese. Nesse contexto, a confirmação diagnóstica por meio de exames laboratoriais específicos e de imagem foi determinante para a condução adequada do caso.

A abordagem terapêutica adotada, com ressecção cirúrgica da lesão adrenal, resultou em melhora significativa do quadro clínico, evidenciando a relação direta entre o tumor e a hipertensão de longa data. Esse desfecho reforça que o diagnóstico precoce e o manejo direcionado podem modificar de forma expressiva o prognóstico, reduzindo o risco de complicações cardiovasculares e melhorando a qualidade de vida do paciente.

De maneira mais ampla, este relato contribui para a literatura ao destacar a necessidade de manter elevado grau de suspeição clínica para causas secundárias de hipertensão em indivíduos jovens. A experiência evidencia a importância de uma abordagem investigativa, individualizada e baseada em evidências, bem como do acompanhamento adequado desses pacientes.

Em síntese, o caso demonstra que a identificação precoce do feocromocitoma, associada à intervenção oportuna, é fundamental para a obtenção de desfechos favoráveis, reforçando o papel essencial da prática clínica criteriosa na prevenção de complicações e na promoção da saúde a longo prazo.

## REFERÊNCIAS

1. GREENLEAF, C. E. et al. Hypertensive crisis secondary to pheochromocytoma. **Baylor University Medical Center Proceedings**, v. 30, n. 3, p. 314–315, jul. 2017.  
—
2. ZUBER, S. M.; KANTOROVICH, V.; PACAK, K. Hypertension in pheochromocytoma: characteristics and treatment. **Endocrinology and Metabolism Clinics of North America**, v. 40, n. 2, p. 295–311, jun. 2011.  
—
3. DORES, H. et al. Blood pressure in young adults. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, v. 29, n. 10, p. 1495–1508, out. 2010.  
—
4. **DIAGNÓSTICO diferencial da hipertensão arterial sistêmica versus o feocromocitoma**. Disponível em: Periódicos SET<sup>OBJ</sup>. Acesso em: 4 maio 2026.  
—
5. FAIÇAL, S.; SHIOTA, D. Feocromocitoma: atualização diagnóstica e terapêutica. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 43, n. 3, set. 1997.  
—
6. DE FREMINVILLE, Jean-Baptiste et al. Prevalence and risk factors for secondary hypertension in young adults. **Hypertension**, v. 81, n. 11, 19 set. 2024.  
—
7. KULKARNI, S. et al. Investigation and management of young-onset hypertension: British and Irish Hypertension Society position statement. **Journal of Human Hypertension**, v. 38, n. 7, p. 544–554, 28 jun. 2024.  
—
8. PRASERT, Nicha et al. Factors predicting secondary hypertension in young adults with hypertension: a retrospective study. **BMC Cardiovascular Disorders**, v. 25, n. 1, 27 jan. 2025.  
—
9. GEORGETTI, F. C. D.; EUGÊNIO, G. de R. Feocromocitoma: uma causa rara de hipertensão arterial na infância. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 25, p. 289–293, set. 2007.