



1758 - HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO, UN GRAN OLVIDADO

Ana Quiles Recuenco, Eduardo Molina Sánchez, Azucena Sempere Mira, Vladimir Ospino Arias, Elena Lorenzo Serrano, Santiago López Gil, María Espinosa Pérez y Francisco López García

Hospital General Universitario de Elche, Elche, España.

Resumen

Objetivos: Describir las características clínicas, comorbilidades, alteraciones analíticas en el momento de presentación, hallazgos radiológicos y el tiempo de evolución hasta el diagnóstico de hiperaldosteronismo primario (HAP) de una serie de casos.

Métodos: Se trata de una serie de casos descriptiva retrospectiva de aquellos pacientes con diagnóstico de hiperaldosteronismo primario que se encuentran en seguimiento en una Consulta Monográfica de Riesgo Cardiovascular de Medicina Interna en el Hospital General de Elche. Para ello se revisaron los pacientes con dicho diagnóstico evaluados desde enero de 2022 hasta diciembre 2022.

Resultados: Se analizaron 10 pacientes, de los cuales el 60% eran varones, la mediana de edad fue de 71,5 años \pm 7,4 años. La mediana de aldosterona basal al diagnóstico fue de 29,45 ng/dl, la mediana de renina fue de 2,35 DE 6,91 μ UI/mL; cociente aldosterona/renina fue de 14,16 DE 6,86. Se realizó test de confirmación con captopril en 5 pacientes, siendo positivo en 4, uno de ellos precisó confirmación con test de salino. Los motivos más habituales de realización de estudio del eje renina-aldosterona fueron por hipertensión (HTA) pese a tratamiento farmacológico, hipopotasemia (60%; n = 6) o incidentaloma suprarrenal (n = 2; 20%). La mediana de tiempo desde la primera entrada por HTA hasta el diagnóstico fue de 10,5 años (\pm 5,4 años). El 50% asocia hipercolesterolemia, sin eventos cardiovasculares evidenciados. Se realizó TC abdominal en 9 pacientes y RM de suprarrenales en uno, el 90% tuvo hallazgos patológicos (9 adenomas unilaterales, y uno adenomas bilaterales). La cirugía se valoró en aquellos con nódulos unilaterales, pero dado que rechazaron la opción quirúrgica no se llegó a realizar el cateterismo de venas suprarrenales. El tratamiento médico fue de elección en todos, concretamente con antagonistas de receptores mineralocorticoideos, precisando de otros fármacos antihipertensivos hasta en el 80% de los pacientes.

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
Edad	65	65	65	73	51
Sexo	H	M	H	H	M
Aldosterona	93,6	28,7	20,6	21,3	30,2
Renina	6	1,8	1,3	1,6	1,1

Actividad renina calculada	0,5	0,15	0,10	0,13	0,09
Cociente aldosterona/renina	15,53	15,99	16,39	13,66	27,33
Cociente aldosterona/act. renina calculada	187,39	191,87	196,66	163,95	327,96
Test confirmatorio	No	Test de captopril	No	Test de captopril	Test sobrecarga salina
Hallazgos radiológicos	Adenoma izquierdo	Nódulo 1,5 cm derecho	Adenoma	Suprarrenal sin hallazgos	Adenoma de 5 × 3 × 5
Hipertensión	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Potasio	Bajo	Bajo	Normal	Bajo	Normal
Dislipemia	Sí	No	Sí	Sí	No
Tratamiento	Espironolactona + doxazosina	Espironolactona, hidroclorotiazida, amlodipino	Espironolactona, doxazosina, nifedipino	Espironolactona, losartán	Espironolactona, bisoprolol, verapamilo, doxazosina
Años de seguimiento hasta diagnóstico	11	20	11	12	4

	Caso 6	Caso 7	Caso 8	Caso 9	Caso 10
Edad	71	73	77	67	74
Sexo	M	H	M	H	H
Aldosterona	20,4	140	11,8	76,2	42,8
Renina	4,6	23,3	1,6	10,4	2,9
Actividad Renina calculada	0,39	1,94	0,14	0,87	0,24
Cociente aldosterona/renina	4,42	6,02	7,16	7,33	14,66
Cociente aldosterona/act. renina calculada	52,99	72,26	86,97	88,01	175
Test confirmatorio	Test de captopril	No	No	No	Test de captopril
Hallazgos radiológicos	Adenomas bilaterales	Nódulo izquierdo de 1,3 cm	Adenoma derecho de 9 cm	Adenoma-mielolipoma derecho de 6 mm	Adenoma izquierdo
Hipertensión	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Potasio	Normal	Bajo	Normal	Bajo	Bajo
Dislipemia	No	No	Sí	No	Sí
Tratamiento	Hidroclorotiazida, espironolactona	Eplerenona, doxazosina, olmesartán, hidroclorotiazida	Eplerenona, valsartán	Eplerenona	Espironolactona
Años de seguimiento hasta diagnóstico	2	10	13	3	7

Conclusiones: El HAP es una causa de HTA secundaria que asocia un exceso de morbilidad cardiovascular. Existe infradiagnóstico debido a la ausencia de una característica específica

definitoria, así como a la falta de sospecha clínica. Destacar de nuestra serie el retraso diagnóstico de $10,5 \pm 5,4$ años, algo mayor a lo observado en la literatura, también existe un porcentaje de hipokalemia más marcado que en otras series donde describen entre un 9 a 37% de los casos. Para el diagnóstico de confirmación es habitual, aunque no mandatorio, el uso de pruebas confirmatorias, entre las que se encuentran el test de supresión salina y el test de captopril, siendo este último de uso más extendido en nuestro hospital. No se ha visto superioridad de uno frente a otro. Aunque en nuestra serie el tratamiento médico fue el de elección, para la enfermedad unilateral la cirugía ofrece la posibilidad de curación total, y debe ser considerada y evaluada mediante la realización de cateterismo de venas suprarrenales. Resultará prioritario sospechar esta entidad para un diagnóstico precoz, asegurando un tratamiento adecuado, seguimiento y control estricto de los FRCV.