



1070 - ALDOSTERONISMO PRIMARIO. DESCRIPCIÓN 22 CASOS: DIFERENCIAS ENTRE TC Y MUESTREO SUPRARRENAL

Eva María Moya Mateo, Nuria Muñoz Rivas, Anabel Franco Moreno, Rodrigo Pastorín Salis, María Teresa Bellver Álvarez, Beatriz Fernández Gómez, Virginia Pardo Guimerá y Juan Torres Macho

Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España.

Resumen

Objetivos: Describir las características clínicas, biológicas y diagnósticas en pacientes con aldosteronismo primario (AP) en los que completa el tipado con prueba de imagen y muestreo suprarrenal, y evaluar sus diferencias.

Métodos: Estudio retrospectivo realizado con revisión de historia clínica electrónica, de los pacientes de consulta monográfica de RV. Periodo de evaluación: 2015-2023. Se incluyen los pacientes con AP en los que se completa el tipado: prueba de imagen y muestreo venoso de venas suprarrenales. Se recogen variables demográficas, clínicas y diagnósticas basado en los tres pasos que recomiendan las guías: Test *screening*: cociente aldosterona/renina; Test de confirmación; Tipado: prueba de imagen/cateterismo venoso.

Resultados: Muestra: 22 pacientes. Edad media 45,5 años (rango 24-64), por sexos, 12 (54,5%) hombres. Las variables clínicas, biológicas y diagnósticas se muestran en la tabla. Respecto al diagnóstico, 21 pacientes (95,5%) se realiza *screening*, El 14 (63,6%) se realiza test de supresión, siendo el más frecuente el test de salino (78,6%). Respecto a las pruebas de imagen, la más habitual ha sido el TC abdominal en 21 pacientes (95,5%) que se informan como formas unilaterales en 16 (72,7%), bilaterales 2 (9,1%) y como normal en 3 (21,4%). Según muestreo suprarrenal, 11 pacientes (50%) tienen funcionalidad bilateral, sin corresponder en ninguno de los casos con las formas radiológicas con lesiones en ambas suprarrenales, y 8 (36,4%) unilaterales, correlacionándose con la lateralidad radiológica en 4 (50%). Se produce fallo en el cateterismo en 3 pacientes (13,6%).

Edad media(rango)	45,5 (27-64) años
Hombre (%)	12 (54,5%)
TA sistólica media \pm DE	145 \pm 21,0 mmHg
TA diastólica media \pm DE	85 \pm 10,5 mmHg
FC media \pm DE	73 \pm 12 lpm
IMC medio \pm DE	29,8 DE \pm 6,7 kg/m ²
Obesidad (%)	13 (59,1%)
Dislipemia (%)	7 (31,8%)
Tabaquismo (%)	6 (27,3%)
Diabetes mellitus (%)	2 (9,1%)

Glucosa \pm DE	97,9 \pm 16,8 mg/dl
Hb glicosilada \pm DE	5,5 \pm 0,7%
Creatinina \pm DE	0,7 \pm 0,14 mg/dl
K ⁺ \pm DE	4,1 \pm 0,5 mmol/L
Colesterol total	194,4 \pm 26,1
LDLc	119,8 \pm 22,0
HDLc	51,7 \pm 11,3
Triglicéridos	232 \pm 42,8
Diagnóstico	
Screening (%)	21 (95,5%)
Sin tratamiento o tratamiento no modificador hormonal	7 (31,8%)
Test supresión	14(63,6%)
Test salino	11 (78,6%)
Test captopril	3 (21,4%)
Tipado	
Prueba de imagen (%)	22(100%)
TC abdominal (%)	21 (95,5%)
Normal	3 (21,4%)
Unilateral	16 (72,7%)
Bilateral	2 (9,1%)
RNM (%)	2 (9,1%)
Muestreo suprarrenal (%)	22 (100%)
Unilateral	8 (36,4%)
Bilateral	11 (50,0%)
Fallo muestreo	3 (13,6%)

Discusión: El AP es causa frecuente de HTA secundaria. Es prioritario mejorar el diagnóstico y conocer sus dificultades. Son pacientes jóvenes de edad media 45,5 años. Clásicamente la hipopotasemia se describe como una clave diagnóstica, en nuestra serie afecta a 9%. El primer escalón diagnóstico, se recomienda realizar sin fármacos que alteren el eje RAA. En consulta esto no siempre es posible, y en dos terceras partes de los pacientes la realización e interpretación se realiza con tratamiento no específicos. El test de supresión puede no hacerse en determinados pacientes en los que la sospecha sea muy alta (36,4%), Entre los test de supresión, aunque el test de salino es el que más frecuente se realiza, en 1 de cada 5 pacientes el test de captopril para evitar sobrecarga de volumen. El TC es la prueba de imagen más frecuente. El 20% de los AP presentan glándulas normales. Radiológicamente las formas unilaterales se describen en la mayoría de los pacientes (73%), si bien la funcionalidad bilateral tras el muestreo es más frecuente (50%). El *gold standard* en el diagnóstico del AP es el muestreo venoso suprarrenal, si bien es una técnica compleja que requiere personal entrenado y centros con experiencia. En nuestra serie la técnica no es diagnóstica, en un 14% de los casos.

Conclusiones: El proceso diagnóstico del AP es complejo. Destacar que la hipopotasemia es infrecuente El *screening* y la supresión no siempre son posibles tal y como indican las guías. La correlación entre las lesiones en TC y la funcionalidad por muestreo es muy baja. Las formas más frecuentes son las formas bilaterales.