Rev Clin Esp. 2024;224(Supl 1):S1009

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

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 ± DE	145 ± 21,0 mmHg
TA diastólica media ± DE	85 ± 10,5 mmHg

FC media± DE	73 ± 12 lpm
IMC medio± DE	29,8 DE ± 6,7 kg/m^2
Obesidad (%)	13 (59,1%)
Dislipemia (%)	7 (31,8%)
Tabaquismo (%)	6 (27,3%)
Diabetes mellitus (%)	2 (9,1%)
Glucosa ± DE	97,9 ± 16,8 mg/dl
Hb glicosilada ± DE	5,5 ± 0,7%
Creatinina ± DE	0,7 ± 0,14 mg/dl
K^+ ± DE	4,1 ± 0,5 mmol/L
Colesterol total	194,4 ± 26,1
LDLc	119,8 ± 22,0
HDLc	51,7 ± 11,3
Triglicéridos	232 ± 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%)

0014-2565 / © 2024, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

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.

0014-2565 / © 2024, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.