



<https://www.revclinesp.es>

1747 - CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE PACIENTES CON ALDOSTERONISMO PRIMARIO AL DIAGNÓSTICO

Elisa Fernández Vidal, Elena Palma Huertas, Cristina Culebras Villalva, Víctor de la Fuente Aguilar, Nuria Muñoz Rivas, Ana Isabel Franco Moreno, María Teresa Belver González y Eva María Moya Mateo

Medicina Interna, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España.

Resumen

Objetivos: Describir las características clínicas, bioquímicas y lesión de órgano diana (LOD) al diagnóstico en pacientes con aldosteronismo primario (AP).

Métodos: Consiste en un estudio observacional retrospectivo, en el que se han incluido 56 pacientes con diagnóstico de aldosteronismo en consulta monográfica de riesgo vascular. Se han analizado variables clínicas (edad, sexo, tensión arterial, frecuencia cardiaca), antropométricas (talla, peso, IMC), analíticas (aldosterona, renina, potasio, cociente aldosterona/renina (A/R)). Se han analizado distintas formas clínicas en función del órgano diana lesionado: afectación cardiaca (hipertrofia ventrículo izquierdo (VI), dilatación aurícula izquierda (AI), disfunción diastólica), afectación renal (disminución filtrado glomerular (FG), microalbuminuria), afectación arterial (presencia de ateroesclerosis subclínica).

Resultados: Un 48,9% de los pacientes presentaron daño cardíaco (cardiopatía hipertensiva, dilatación AI, disfunción diastólica). Un 17,9% presentaron daño renal (orina o microalbuminuria positiva). Un 81,2% de los pacientes presentaron daño arterial (ateroesclerosis subclínica). Al diagnóstico, 8 pacientes (14,3%) presentaban enfermedad cardiovascular, definida como presencia de un evento cardiovascular previo, de los cuales 6 pacientes presentaron ictus, 2 pacientes presentaron fibrilación auricular y 1 paciente presentó insuficiencia cardíaca. Tomando en conjunto los pacientes con enfermedad cardiovascular al diagnóstico (8 casos) y aquellos con lesión de órgano diana (cardíaca, renal y/o arterial), hubo un total de 41 pacientes afectados (73,2%).

Variables clínicas, biológicas y diagnósticas

Variable	Valor
Edad media (rango)	47(27-73) años
Mujer (%)	29 (51,8%)

TA sistólica media ± DE	144,2 ± 18,9 mmHg
TA diastólica media ± DE	85,2 ± 11,4 mmHg
FC media ± DE	75,2 ± 14,3 lpm
IMC medio ± DE	29,9 ± 5,8 kg/m ²
Obesidad (%)	31 (55,4%)
Dislipemia (%)	21 (37,5%)
Tabaquismo (%)	17 (30,4%)
Diabetes mellitus (%)	7 (12,5%)
Glucosa ± DE	96,7 ± 13,5 mg/dl
Hb glicosilada ± DE	5,7 ± 0,7%
Creatinina ± DE	0,8 ± 0,2 mg/dl
K ± DE	4,1 ± 0,5 mmol/L
Colesterol total	193,7 ± 37,2 mg/dl
LDLc	118,6 ± 31,6 mg/dl
HDLc	50,1 ± 12,3 mg/dl
Triglicéridos	125,8 ± 92,2 mg/dl

Discusión: Los pacientes con AP presentan un riesgo vascular (RV) significativamente más alto en comparación con pacientes con hipertensión esencial con igual presión arterial. A nivel cardíaco, se observa mayor incidencia de hipertrofia ventricular, disfunción diastólica y fibrilación auricular y eventos cardiovasculares mayores. Esto se debe a la acción de la aldosterona sobre el miocardio, promoviendo inflamación, fibrosis y remodelado cardíaco. El hiperaldosteronismo se asocia con mayor prevalencia de microalbuminuria, proteinuria y daño renal progresivo, incluyendo un mayor riesgo de enfermedad renal crónica. La lesión renal es atribuida tanto a la hipertensión como a los efectos directos de la aldosterona sobre el tejido renal. A nivel arterial, se ha documentado un aumento del grosor íntima-media carotídeo y mayor

rigidez arterial. En estudios recientes, la prevalencia de hipertrofia ventricular izquierda en pacientes con hiperaldosteronismo primario no tratado puede alcanzar el 40-60%, mientras que la microalbuminuria se observa en aproximadamente 30-40% y el engrosamiento de la íntima-media carotídea en torno al 40-50% de los casos, cifras consistentemente superiores a las observadas en hipertensos esenciales. En pacientes con hipertensión resistente, la presencia de hiperaldosteronismo primario se asocia con un riesgo significativamente mayor de daño simultáneo en múltiples órganos: la *odds ratio* para hipertrofia ventricular izquierda es de 12,98, para microalbuminuria de 3,67 y para engrosamiento carotídeo de 2,69, en comparación con hipertensión esencial.

Conclusiones: Frente a nuestra serie, cabe señalar similar afectación cardiaca, una menor afectación renal y destacar la elevada afectación arterial, teniendo en cuenta que se han explorado la presencia de placas de ateroesclerosis en 5 territorios vasculares, 2 territorios carotídeos, 2 femorales y en aorta abdominal, y no solo el grosor de la íntima media a nivel carotídeo. Esto refleja una alta carga de daño orgánico en el momento del diagnóstico de aldosteronismo primario.