



<https://www.revclinesp.es>

## 2202 - PERFIL CLÍNICO EN HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO

Sebastián López Rodríguez<sup>1</sup>, Julia Díaz Abad<sup>1</sup>, Irene de la Rosa Ortega<sup>1</sup>, Ismael Francisco Aomar Millán<sup>2</sup> y Ángel Ceballos Torres<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España. <sup>2</sup>Medicina Interna y Riesgo Cardiovascular, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España. <sup>3</sup>Unidad de Riesgo Cardiovascular, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España.

### Resumen

**Objetivos:** El hiperaldosteronismo primario constituye una causa frecuente de hipertensión secundaria y se asocia a daño orgánico precoz. El objetivo de este estudio es caracterizar, desde una perspectiva descriptiva, los perfiles clínicos, hormonales y estructurales de pacientes con hiperaldosteronismo primario, con especial énfasis en el impacto del sexo, hallazgos tomográficos, comorbilidades asociadas y carga farmacológica antihipertensiva.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo en una cohorte hospitalaria con diagnóstico confirmado de hiperaldosteronismo primario. Las variables clínicas, hormonales y estructurales analizadas fueron recogidas previo al diagnóstico de hiperaldosteronismo primario y a la primera consulta por riesgo cardiovascular, con el objetivo de evaluar el impacto del hiperaldosteronismo sin tratamiento dirigido. Se analizaron variables clínicas, presión arterial ambulatoria, hallazgos tomográficos, tratamiento previo y perfiles hormonales, así como comorbilidades metabólicas y cardiovasculares.

**Resultados:** Se incluyeron 43 pacientes con hiperaldosteronismo primario, el 74% varones, con edad media de 58 años. Los varones presentaron un perfil más comprometido: mayores niveles de aldosterona y cociente aldosterona/renina, mayor prevalencia de diabetes mellitus, síndrome de apnea obstructiva del sueño, patrón no *dipper* y mayor frecuencia de hipertrofia ventricular izquierda. Las mujeres mostraron con mayor frecuencia hiperplasia suprarrenal y menor carga estructural o metabólica, sugiriendo un fenotipo más funcional. El 48,8% presentaba adenoma suprarrenal, asociado a hipopotasemia, mayor aldosterona, renina suprimida y cociente aldosterona/renina elevado. En contraste, la hiperplasia suprarrenal se relacionó con mayor prevalencia de síndrome de apnea obstructiva del sueño, hipertrofia ventricular izquierda, estado proinflamatorio y síndrome metabólico, pese a una edad significativamente más joven. La prevalencia de múltiples comorbilidades en esta cohorte fue alta: 20,9% con diabetes, 14,3% con enfermedad renal crónica, 32,6% con síndrome de apnea obstructiva del sueño y 11,6% con fibrilación auricular. El 67,4% mostró patrón de presión arterial ambulatoria normal, aunque el 25,6% presentó patrón no *dipper*. En los pacientes con hipertrofia ventricular izquierda, la mayoría se encontraban en el subgrupo de más de tres fármacos antihipertensivos. En cuanto a la carga terapéutica, los pacientes con más de tres fármacos mostraron mayor daño estructural cardíaco y cifras de presión arterial más elevadas. Sin embargo, el uso de antialdosterónicos previos se asoció a menores niveles de aldosterona, ácido úrico, lipoproteína(a) y normalización parcial del potasio.

**Conclusiones:** El análisis descriptivo de esta cohorte con hiperaldosteronismo primario revela perfiles clínicos diferenciados. Los hombres presentan un fenotipo más inflamatorio y cardiometabólico, mientras que las mujeres tienden a manifestaciones funcionales como la hiperplasia. El adenoma suprarrenal se asocia a una secreción más autónoma (alto cociente aldosterona/renina, hipopotasemia), mientras que la hiperplasia cursa con más carga comórbida e inflamatoria. La presencia de múltiples comorbilidades y patrón no dipper refuerza el riesgo de daño a órgano diana. El análisis por carga terapéutica y tratamiento previo aporta información de valor clínico para futuras estrategias de detección y estratificación individualizada. Palabras clave: hiperaldosteronismo primario, hipertrofia ventricular, adenoma suprarrenal, patrón no *dipper*, comorbilidades, fenotipo clínico, carga terapéutica.