



<https://www.revclinesp.es>

## 635 - HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO: EXPERIENCIA CLÍNICA CON EL USO DEL TEST SALINO PARA SU CONFIRMACIÓN

**E.M. Moya Mateo, N. Muñoz Rivas, B. Fernández Gómez, S. Manzano Varela, S. Bacete Cebrián, I. Martín Timón, V. Pardo Guimerá y J. Torres Macho**

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** Describir nuestra experiencia clínica con el uso del test salino (TS) para confirmar el diagnóstico de hiperaldosteronismo primario (HAP).

**Métodos:** Estudio descriptivo, unicéntrico. Revisión historia clínica electrónica. Criterios inclusión: pacientes hipertensos con cociente aldosterona/renina patológico, a los que se realizó un test de salino para evaluar la autonomía suprarrenal (2015-2018).

**Resultados:** Muestra: 22 pacientes. Edad media 40+7,6 años, mujeres 9 (40,9%). Las características clínico-biológicas se resumen en tabla 1 y resultados pruebas diagnósticas en tabla 2. Agrupamos los pacientes según resultados TS, en porcentajes de supresión aldosterona: 3 (13,6%) asciende, 11 (50%) suprime entre 0 y -29%, 7 (31,8%) suprime entre -30 y -49% y 1 (4,5%) suprimió > 50% la aldosterona. Se detectó en 3 (13,6%) pacientes efecto por ACTH (ausencia de disminución del cortisol) durante la realización del TS. A todos se realizó TAC-abdominal, detectándose lesiones en 8 (36,4%). Se realizó cateterismo venoso de suprarrenales en 8 pacientes confirmándose en todos HAP, 6 de ellos con lesiones y 2 sin lesiones: 1 con ascenso de aldosterona, 5 supresión entre 0 y -29% y 2 supresiones entre -30 y -49%.

**Discusión:** El TS es una de las pruebas diagnósticas para confirmar HAP. Sus problemas para la realización e interpretación son: variabilidad de técnicas y puntos de corte (diferentes de guías), distintas medidas para subtipos (adenoma/hiperplasia), y la ausencia de validación en la población que estudiamos. En nuestro centro se realiza la determinación directa de hormonas por técnica E.L.I.S.A., punto de corte del cociente aldosterona/renina de 28 para detectar casos, sin referencias para TS. Teniendo en cuenta que en la actualidad se define el HAP como un continuum patológico de aldosterona no suprimible por renina, interpretamos TS como porcentaje de supresión de aldosterona para detectar autonomía. Entre 0 y -30% no suprime, confirma HAP. Entre -30 y -50% indeterminado, si bien puede reflejar formas leves de HAP, en las que antialdosterónicos pueden tener un papel terapéutico. Supresiones > 50% lo descartan. Cuando se produjo ascenso de aldosterona o supresiones entre 0 y -50%, y se detectó lesión suprarrenal se solicitó cateterismo venoso suprarrenal. En todos se confirmó HAP, 2 pacientes potencialmente curables por formas unilaterales (1 adenoma, 1 hiperplasia) y 6 por hiperplasia suprarrenal idiopática.

Edad, años	40,1 + 7,6
Sexo, mujer (%)	9 (40,9%)
TAS, mmHg	143,9 + 12,3
TAD, mmHg	85,6 + 10,6
FC, lpm	73,5 + 11,9
IMC, kg/m <sup>2</sup>	29,0 + 5,1
Perímetro abdominal, cm	99 + 14,8
Obesidad (%)	12 (57,1%)
Tipo 1	11 (91,7%)
Tipo 2	1 (8,3%)
Diabetes (%)	2 (9,1%)
Dislipemia (%)	6 (27,3%)
Tabaquismo (%)	7 (31,8%)
Biomarcadores	
Glucosa, mg/dL	90,5 + 11,8
Creatinina, mg/dL	0,8 + 0,2
Potasio, mmol/L	4,4 + 0,2
Colesterol total, mg/dL	196,4 + 32,6

LDL-colesterol mg/dL	125,8 + 28,3
Triglicéridos mg/dL	109,7 + 64,8
Cortisol	14,3 + 3,2
Aldosterona pg/mL	120,4 + 138,2
Renina pg/mL	2,6 + 1,7
Cociente aldosterona renina	79,0 + 52,6
Test salino	22 (100%)
Ascenso aldosterona (%)	3 (13,6%)
Supresión 0- (-30)%	11 (50,0%)
Supresión (-31)- (-49)%	7 (31,8%)
Supresión > (- 50)%	1 (4,5%)
Efecto ACT	3 (13,6%)
TAC abdominal	22 (100%)
Adenoma/hiperplasia suprarrenal	8 (36,4%)
Sin lesiones suprarrenales	14 (63,6%)
Cateterismo suprarrenal	8 (36,4%)
HAP unilateral	2 (25%)

HAP bilateral	6 (75%)
---------------	---------

**Conclusiones:** Nuestros resultados indican que la interpretación del TS como espectro continuo de supresión de aldosterona puede ayudar a confirmar el diagnóstico de HAP, aún en ausencia de las técnicas o unidades de medida que se describen en guías. Supresiones de aldosterona hasta un 30% confirman el diagnóstico en todos los pacientes.

### Bibliografía

1. Rossi GP, Belfiore A, Bernini G, et al; PAPY Study Investigators. Prospective evaluation of the saline infusion test for excluding primary aldosteronism due to aldosterone-producing adenoma. *J Hypertens.* 2007;25:1433-42.
2. Brown JM, Siddiqui M, Calhoun D, et al. The Unrecognized Prevalence of Primary Aldosteronism: A Cross-sectional Study. *Ann Intern Med.* 2020;173:10-20.