



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

448 - SOSPECHAR (Y NO OLVIDAR) EL HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO

Bárbara Soler Bonafont¹ y **Jorge Gabriel Ruiz Sánchez²**

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid. ²Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Resumen

Objetivos: Análisis descriptivo de las características clínicas de los casos sometidos a cribado y de los confirmados de hiperaldosteronismo primario (HAP) según la 2016-G-ES (Endocrine Society Clinical Practice Guideliness) en consultas de Endocrinología y de los criterios que motivaron el cribado.

Métodos: Estudio retrospectivo de 156 pacientes con cribado de HAP (2016-G-ES), valorados en consultas de Endocrinología del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España en octubre 2019-abril 2022. Se realizó cribado de HAP mediante el ratio Aldosterona (ng/dl)/Actividad de la renina (ng/ml/h), considerándose positivo un valor ≥ 20 ng/ml/h (siempre que Ald > 8 ng/dl). A todos los pacientes con cribado positivo se les realizó test de captopril o sobrecarga salina oral o endovenosa para confirmar o descartar HAP. Se realizó estadística descriptiva de las variables clínicas, incluyendo los motivos que llevaron al estudio de HAP: M1 (TA mantenida $> 150/100$ mmHg), M2 (HTA resistente a 3 fármacos), M3 (control con 4 fármacos), M4 (hiperpotasemia espontánea o inducida por fármacos), M5 (HTA en 40 años), M6 (incidentaloma), M7 (familiar con HAP), M8 (SAOS).

Resultados: De 156 pacientes incluidos (cribado finalmente a 134 pacientes), 87/134 pacientes tuvieron un cribado de HAP positivo (un 64,9%, 41,6% hombres y 58,4% mujeres). De ellos, se confirmó HAP en un 71,2%. La edad media de los pacientes con HAP confirmado fue menor que la de los pacientes sin HAP (54,16 años $\pm 10,12$ vs. 57,02 años $\pm 13,99$). Un 70,6% eran hombres, peso medio de 88 kg $\pm 17,4$, 61,7% obesos, 33,3% con pre-DM y 36% con DM (siendo significativamente menor el porcentaje de diabéticos entre los HAP confirmados), y un 27,3% con ERC, sin diferir estos porcentajes entre los pacientes con y sin HAP. De los criterios de cribado, es más frecuente cumplir 2 motivos de cribado (41,4%), pero entre los HAP confirmados la mayoría cumplían 3 motivos (38,8%). Entre los confirmados, los motivos de cribado más frecuentes eran: M1 (81,6%) $>$ M2 (53,1%) $>$ M4 (40,8%) $>$ M5 (26,5%) $>$ M3 (18,8%) $>$ M6 (12,2%) $>$ M7 y 8 (2%), con diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de M2 y M4 para los grupos de HAP confirmado y no confirmado. Del total de pacientes incluidos, 50/156 (un 32,1%) fueron remitidos desde la consulta de Nefrología por sospecha de HTA secundaria, mientras que un 67,9% eran estudiados en consultas por otras causas. De los pacientes derivados para estudio desde Nefrología, un 80,5% de los casos fueron finalmente diagnosticados de HAP.

Discusión: Un elevado porcentaje de pacientes confirmados de HAP son pacientes estudiados por otro motivo en la consulta y que, tras cumplirse motivos de cribado, son sometidos al mismo (en nuestro caso un porcentaje del 36,5%). Por otro lado, aunque la hipopotasemia es uno de los motivos que más frecuentemente aparece entre los pacientes positivos (y menos en los negativos) y que a priori hace sospechar más a los

profesionales sanitarios esta patología, no es como vemos el más prevalente, por lo que ceñirnos únicamente a este motivo de sospecha nos haría pasar por alto muchos pacientes con diagnóstico de HAP, como ilustran los estudios que cifran en más de la mitad los casos de HAP con niveles de potasio normal. Por tanto, queda patente la necesidad de implementar el uso de los diferentes motivos de cribado expuestos en las guías en todos los pacientes con HTA independientemente del motivo de valoración en consultas y/o hospitalización, para detectar posibles casos de HAP, puesto que, de no tener en cuenta y muy presentes dichos motivos, podrían pasarse por alto muchos diagnósticos de HAP, siendo esta una enfermedad potencialmente curable y con consecuencias importantes a nivel de morbilidad sin tratamiento.

Conclusiones: Un 67,9% de pacientes fueron cribados durante la valoración de un motivo de consulta distinto a HTA. De ellos, 23,8% tuvieron diagnóstico confirmado de HAP, representando un 36,5% de todos los casos de HAP confirmado. Esto destaca la importancia de conocer los motivos de cribado de HAP. Lo más prevalente entre los positivos es la HTA > 150/100 mmHg y el mal control con 3 fármacos. La hipopotasemia no es el motivo más prevalente, ceñirnos a él como sospecha nos haría omitir muchos diagnósticos de HAP. Es necesario implementar el uso de todos los motivos de cribado expuestos en las Guías en todos los pacientes con HTA independientemente del motivo de valoración.

Bibliografía

1. Rossi G. Primary Aldosteronism. Journal of the American College of Cardiology. 2019;74(22):2799-811.
2. Funder J, Carey R, Mantero F, Murad M, Reincke M, Shibata H, *et al.* (The Management of Primary Aldosteronism: Case Detection, Diagnosis, and Treatment: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2016;101(5):1889-916.
3. Vaidya A, Carey R. Evolution of the Primary Aldosteronism Syndrome: Updating the Approach. J Clin Endocrinol Metab. 2020;105(12):3771-83.