



## RV-045 - DIFERENCIAS CLÍNICAS, ANALÍTICAS Y EVENTOS CARDIOVASCULARES ENTRE PACIENTES CON HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO SEGÚN NIVELES DE ALDOSTERONA Y SU COCIENTE CON RENINA

S. Vela Bernal, A. Belmonte Domingo, C. Bea Serrano, J. Cacheiro Pérez, J. Colomar Jiménez, E. Solaz Moreno, F. Martínez García y A. Ruiz Hernández

Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

### Resumen

**Objetivos:** El hiperaldosteronismo primario (HAP) es la causa de hipertensión arterial (HTA) secundaria más frecuente. Niveles elevados de aldosterona, independientemente de las cifras tensionales, produce daño tisular con mayor afectación de órgano diana respecto pacientes con HTA esencial. Este estudio pretende evaluar las características y diferencias clínicas, analíticas, existencia de lesión suprarrenal, características ecocardiográficas y tasa de eventos patológicos entre sujetos con hiperaldosteronismo primario y sus diferencias respecto a cifras de aldosterona y cociente aldosterona y renina plasmática (IAR).

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo y prospectivo, llevado a cabo en un único centro, no intervencionista sobre una cohorte de pacientes mayores de 18 años atendidos desde 1992 en Consultas Externas de Medicina Interna o Endocrinología con diagnósticos codificados según CIE-10 de Hiperaldosteronismo primario (E26.0) y no especificado (E26.9) con un cociente IAR > 20 y con renina suprimida, así como aquellos sujetos hipertensos con renina suprimida. Los análisis estadísticos se realizaron mediante el paquete estadístico R 3.4.2.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 63 pacientes (68,3% varones) con una edad media 56,03 ( $\pm$  14,81) años. La HTA arterial fue el motivo principal de derivación a consultas externas (44,4%) con unos valores medios al inicio del seguimiento en consulta de TAS: 150,73 ( $\pm$  21,81) mmHg y TAD: 91,86 ( $\pm$  12,69) mmHg, en segundo lugar la presencia de hipertensión junto hipopotasemia (15,9%) y en tercer lugar la coexistencia de HTA y lesión suprarrenal previamente evidenciada (11,1%). Cabe destacar que el 94% de los pacientes presentaban criterios de HTA refractaria. El 15,9% presentaron durante el tiempo de seguimiento al menos un evento cardiovascular. Niveles más elevados de aldosterona se correlacionan con mayor frecuencia de infarto agudo de miocárdico (0 vs 12,9%;  $p = 0,129$ ), enfermedad renal crónica (6,7 vs 19,4%;  $p = 0,276$ ) y presencia de apnea obstructiva del sueño (SAOS) (13,3 vs 19,4%;  $p = 0,772$ ). No hubieron diferencias significativas entre niveles de aldosterona y la presencia de lesión suprarrenal (36,7 vs 41,9%;  $p = 0,874$ ), aunque sí una tendencia a lesiones de mayor tamaño en aquellos con niveles menores de aldosterona (27,08 vs 16,7 cm;  $p = 0,165$ ). Los pacientes con índice aldosterona/renina (IAR) suprimida presentaron mayor frecuencia de diabetes mellitus (38,5 vs 10,9%;  $p = 0,055$ ), SAOS (38,5 vs 10,9%;  $p = 0,055$ ), niveles medios más elevados de creatinina (1,07 vs 0,86 mg/dl;  $p = 0,021$ ), así como niveles más bajos de potasio (3,55 vs 3,89 mmol/L;  $p = 0,055$ ) y calcio (9 vs 9,65 mmol/L;  $p = 0,005$ ). Estos pacientes presentaron menor presencia de lesiones suprarrenales (3 vs 19%;  $p = 0,381$ ) y menor tamaño de las mismas (13,67 vs 23,68 cm;  $p = 0,428$ ) sin diferencias significativas. Así mismo, se objetivaron mayor presencia de eventos

cardiovasculares durante su seguimiento (30,8 vs 13%;  $p = 0,278$ ). Mayores niveles de aldosterona fueron relacionados con mayor diámetro diastólico del ventrículo izquierdo (DDVI) (46 vs 51,33 mm  $p = 0,078$ ), así como tendencia a mayor diámetro sistólico del ventrículo izquierdo (DSVI) (25,7 vs 30,75 mm;  $p = 0,193$ ), tabique interventricular (2,8 vs 3,37 mm;  $p = 0,464$ ), pared posterior (10,67 vs 11,67mm;  $p = 0,378$ ), masa ventrículo izquierdo (MVI) (175,75 vs 147,6  $\text{g/m}^2$ ;  $p = 0,453$ ) y raíz aórtica (36 vs 32,83 mm;  $p = 0,395$ ). Los pacientes con IAR suprimido presentaron mayor DDIV (53 vs 48,83 mm;  $p = 0,338$ ) y raíz aórtica (41 vs 33,33 mm) pero con una tendencia a un menor DSVI (27 vs 28,06), tabique interventricular (11,25 vs 12,26 mm;  $p = 0,564$ ), pared posterior (9,67 vs 11,42;  $p = 0,254$ ) y MVI (153 vs 161,53  $\text{g/m}^2$ ;  $p = 0,866$ ).

*Conclusiones:* En nuestro estudio, los pacientes HAP son pacientes HTA refractarios por definición. Los pacientes con más aldosterona, así como aquellos con IAR suprimida, presentaron más eventos cardiovasculares. Cocientes suprimidos se correlacionaron con niveles más bajos de potasio y calcio, así como mayor frecuencia de diabetes y SAOS. Los niveles de aldosterona no se correlacionaron con la presencia o no de lesión suprarrenal.