



RV/H-014 - CARACTERIZACIÓN Y DIFERENCIAS SEGÚN LA PRESENCIA DE LESIÓN SUPRARRENAL ENTRE PACIENTES CON HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO

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

Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

Resumen

Objetivos: El hiperaldosteronismo primario (HAP) con una prevalencia estimada del 8 al 13% de todos los casos de hipertensión (HTA) y hasta un 20% de los casos de HTA refractaria, es la forma más común de HTA secundaria. Existen dos subtipos principales en función del fenómeno fisiopatológico que da lugar al exceso de producción de aldosterona: el adenoma productor de aldosterona (APA) y la hiperplasia suprarrenal bilateral (HSB), sin embargo, son muchos los pacientes en los que no se objetiva ninguna de estas lesiones durante su estudio. Este estudio pretende evaluar las diferencias, clínicas, analíticas, ecocardiográficas y tasa de evento patológico existentes entre pacientes con hiperaldosteronismo primario según tengan o no lesión suprarrenal evidenciada.

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) con cociente plasmático entre aldosterona/actividad renina mayor a 20 y con renina suprimida, así como aquellos sujetos hipertensos con renina suprimida y lesiones suprarrenales objetivadas mediante tomografía computarizada o resonancia magnética. 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 54,18 (\pm 16,68) años entre los pacientes sin lesión y de 59,04 (\pm 10,80) años con lesión. El motivo principal de derivación a consultas en ambos grupos fue la hipertensión arterial (HTA) (53,8 vs 29,2%; $p = 0,237$) con cifras de tensión arterial media en consulta al inicio similares en ambos grupos. El número total de pacientes con lesiones descritas fue del 38,1% donde no se objetivaron diferencias en la prevalencia de HTA (94,9 vs 95,8% ($p = 1$) pero sí una mayor prevalencia de diabetes mellitus (7,7 vs 29,2%; $p = 0,056$) con un valor medio superior de HbA1c (5,69 vs 6,55%; $p = 0,024$, así como tendencia a la hipopotasemia (3,89 vs, 3,64 mmol/L; $p = 0,084$) respecto a los pacientes sin lesión suprarrenal. Se observó niveles medios de aldosterona plasmática más elevados (371,4 vs 495,1 pg/mL; $p = 0,291$), pero mayores niveles medios de actividad renina plasmática (0,32 vs 0,42 ng/mL/hora; $p = 0,274$) y un menor cociente IAR (140,5 vs 128,1; $p = 0,714$), aunque de una manera no significativa. No hubieron diferencias significativas respecto a la presencia de HTA refractaria (31 vs 18%; $p = 0,501$), aunque, los pacientes con lesión suprarrenal emplearon 6 o más fármacos en mayor proporción (26,5 vs 44,4%; $p = 0,063$). Los pacientes con lesión suprarrenal presentaron un menor diámetro diastólico del ventrículo izquierdo (VI) (52,29 vs 46,57 mm; $p = 0,045$), así como un menor

diámetro sistólico de VI (29,1 vs 26,5 mm; $p = 0,3$) pese a tener mayores niveles de aldosterona, aunque sí se objetivó mayor grosor de pared posterior (10,75 vs 12 mm; $p = 0,3$), tabique interventricular (11,82 vs 12,57 mm; $p = 0,609$) y masa ventricular izquierda (158,85 vs 163,4 g/m²; $p = 0,914$). Se objetivó mayor tasa de incidencia de diabetes en los pacientes con lesión suprarrenal (12,5 vs 5,3%; $p = 0,589$) así como una de evento cardiovascular global (12,5 vs 7,9%; $p = 0,876$).

Conclusiones: En nuestro estudio los pacientes con HAP y evidencia de lesión suprarrenal en estudio de imagen mostraron mayor hiperaldosteronismo, hipopotasemia, prevalencia de diabetes y mayor uso de fármacos antihipertensivos. Así mismo, existe una mayor tendencia a desarrollar eventos cardiovasculares con respecto a pacientes con hiperaldosteronismo sin lesión suprarrenal evidenciada.