Rev Clin Esp. 2017;217(Espec Congr):665

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

RV-H-015 - HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO: UN DIAGNÓSTICO 'ENCONNADO'

J. Modesto Dos Santos[1], J. Poblet Florentin[1], F. Jiménez Bermejo[1], M. Pastrana Calderón[2], L. Huete Álava[1], I. Leturia Delfrade[1], L. Badiola Urquiaga[1] y S. Pérez Ricarte[1]

[1]Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona (Navarra). [2]Facultad de Medicina. Universidad de Navarra. Pamplona (Navarra).

Resumen

Objetivos: La hipertensión arterial (HTA) secundaria a hiperaldosteronismo primario (HAP) o síndrome de Conn, provocado por un exceso en la producción de aldosterona de forma autónoma por la glándula suprarrenal, es el responsable de hasta el 10% de los casos de HTA y necesita de un proceso diagnóstico basado en los datos analíticos y radiológicos para un correcto tratamiento. Se presentan los datos de una serie de pacientes diagnosticados de HAP en el contexto de secundarismo.

Material y métodos: Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados de HAP tras ser derivados a Medicina Interna para estudio de HTA secundaria desde junio 2015 hasta junio 2017. Se analizaron la edad, sexo, valores y proceso diagnóstico, tratamiento y evolución.

Resultados: Presentamos una serie de 8 pacientes diagnosticados de HAP con un ratio de 5:3 en varones y una edad media de 51 años (rango 21-66). Los valores medios de la muestra al diagnóstico fueron: una tensión arterial sistólica (TAS) de 174,8 mmHg (rango 149-206) y una diastólica (TAD) de 104,25 mmHg (rango 94-115). Así mismo, los valores analíticos basales encontrados incluían un potasio sérico (K+) medio de 3,66 mg/dl (rango 2-4,5) y sodio sérico (Na+) medio de 143,6 mg/dl (rango 140-148). Tras exclusión de otras causas de secundarismo se encontró que la aldosterona sérica media era de 199,2 ng/L (rango 73,8-525), renina 18,7 mIU/L (rango 1,1-58,78), ARP 1,63 ng/mL/h (rango 0,2-5,6) y ratio ARP/aldosterona 673,8 (rango 18,04-1750). Como parte del protocolo diagnóstico, se realizó ECO doppler renal y TAC abdominal, siendo este último normal en el 29% de los casos y detectándose en 29% un adenoma unilateral, hiperplasia bilateral en otro 29% y nódulos bilaterales en el 15%. Tras explicar los riesgos a los pacientes, no se realizó cateterismo instaurándose tratamiento farmacológico en el 100% de los mismos: el 62,5% de los casos se trató con un solo fármaco, siendo el antagonista de la aldosterona el fármaco usado más a menudo (62,5%). Con dicho tratamiento, tan solo un 12,5% de los pacientes presentó un mal control de la tensión arterial. En los controles evolutivos se encontró que las medias para TAS y TAD eran, respectivamente, de 139,5 mmHg (rango 130-151) y 84,3 mmHg (rango 77-100).

Discusión: Los pacientes de la serie presentaron muy buena evolución con el tratamiento pautado, detectándose una disminución media de la TAS de 35,3 mmHg y de la TAD 19,95 mmHg. Cabe

destacar el mal control de TA en solo el 12,5% de los casos, que se achacó al corto periodo de seguimiento en este caso concreto, no llegando a optimizar el tratamiento. Por otra parte, es reseñable que el 12,5% de los pacientes que requirieron del uso simultáneo de cuatro fármacos presentaron un buen control de las cifras tensionales. Este hecho conduce a los autores a reforzar el mensaje de que uno de los puntos clave en el buen control de la TA reside en el adecuado ajuste de los fármacos antihipertensivos y el seguimiento evolutivo apropiado. A pesar de que el tamaño muestral es reducido, no se detectó asociación entre el mal control de la TA y el sexo, valores de potasio sérico, aldosterona, ARP o ratio ARP/aldosterona. En relación a la actuación terapéutica, a pesar de haberse detectado adenomas suprarrenales unilaterales en el 25% de la serie, tras valorar el tamaño del nódulo, el riesgo quirúrgico y la decisión del paciente, no se procedió a laparoscopia en ningún caso. No obstante, en los dos casos que representa se obtuvo un adecuado control de la tensión con tratamiento farmacológico en monoterapia.

Conclusiones: El HAP constituye una causa importante de HTA secundaria, que puede dificultar el adecuado control de las cifras de TA. Sin embargo, siguiendo el algoritmo diagnóstico bien definido que se posee, el tratamiento suele ser sencillo en la mayoría de los casos y permite obtener un adecuado control de la tensión arterial.

0014-2565 / © 2017, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.