

Prueba de supresión con captoril frente a sobrecarga salina en el diagnóstico de hiperaldosteronismo primario

El objetivo de este estudio fue comparar la prueba de supresión con captoril con la sobrecarga salina en la confirmación del diagnóstico de hiperaldosteronismo primario (HP). Se incluyeron 49 pacientes con un diagnóstico de presunción de HP, a los que se recogió muestras de sangre para la cuantificación de aldosterona plasmática antes de la toma de 25 mg de captoril y 2 horas después de dicha toma. Posteriormente se administró a todos ellos una dieta rica en sodio (300 mEq de sodio al día) durante 3 días. Al final de dicha sobrecarga se cuantificaron la excreción urinaria de sodio y los niveles de aldosterona plasmática.

De los 49 pacientes, 44 mostraban unos niveles de aldosterona no suprimible, con todas las características clínicas del HP: 22 pacientes tuvie-

ron un adenoma suprarrenal confirmado quirúrgicamente y 22 pacientes presentaban una hiperplasia adrenal bilateral. Se observó una correlación significativa entre los niveles de aldosterona plasmática tras sobrecarga salina y los obtenidos a las 2 horas de la toma del captorpril ($r=0,8$; $p<0,01$). Las curvas de distribución acumulada de la aldosterona plasmática en los pacientes con HP, secundario a adenoma o a hiperplasia, obtenidas por ambos métodos no mostraban diferencias significativas.

Agharazii M, Douville P, Grose JH, Lebel M. Captopril suppression versus salt loading in confirming primary aldosteronism. Hypertension 2001;37:1440-3.

Comentario

El HP clásico se caracteriza por la presencia de hipertensión arterial, hipopotasemia, elevada excreción urinaria de potasio, bajos niveles de renina plasmática y unos valores elevados de aldosterona en plasma. En la mayoría de los casos el HP es debido a una hiperplasia adrenal bilateral o a la existencia de un adenoma suprarrenal solitario productor de aldosterona. El diagnóstico bioquímico definitivo es la confirmación de una hipersecreción inapropiada y autónoma de aldosterona. Una prueba de confirmación ampliamente utilizada es la de la sobrecarga salina, que se acompaña de un descenso de los niveles de aldosterona en condiciones fisiológicas. Sin embargo, en presencia de secreción autónoma de aldosterona dicha sobrecarga no produce el descenso esperado de los niveles de aldosterona en plasma.

El captorpril inhibe la conversión enzimática de la angiotensina I en angiotensina II. Cuando se administra a pacientes con un sistema renina-angiotensina normofuncionante, el captorpril reduce la producción de angiotensina II y aldosterona en presencia de unos niveles elevados de renina. Sin embargo, en pacientes con HP, en los que existe una producción autónoma de aldosterona, el captorpril muestra un efecto escaso o nulo sobre dicha producción de aldosterona. Estas diferencias pueden ser útiles en la distinción entre HP e hipertensión arterial esencial.

Este estudio compara la prueba de supresión con captorpril con la sobrecarga salina, comparación no realizada hasta ahora. Se demuestra que dicha prueba de supresión es tan efectiva como la sobrecarga salina en la confirmación diagnóstica de HP.

Esta prueba de supresión aporta beneficios adicionados en comparación con la sobrecarga salina, ya que es fácilmente tolerada por los pacientes, permite mantener los niveles de presión arterial estables durante la realización de la prueba y puede ser utilizada en situaciones clínicas que

contraindiquen la sobrecarga salina, como la hipertensión arterial severa o la insuficiencia cardíaca subclínica. Además, puesto que los resultados obtenidos con el captorpril no se ven modificados en un amplio rango de variación de aporte salino, permite su realización sin necesidad de contabilizar la cantidad de sodio ingerida por el paciente. Por otra parte, es una técnica que reduce tiempo y costes, ya que un cociente aldosterona/renina tras captorpril anormal no requiere pruebas adicionales de confirmación.

En conclusión, la prueba de supresión con captorpril es tan efectiva y segura como la sobrecarga salina en la confirmación del diagnóstico de HP.

J. Segura