



www.elsevier.es/cirugia

O-093 - EVOLUCIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL TRAS EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO LAPAROSCÓPICO DEL HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO

J.A. Díez Ares, R. Martínez García, N. Estellés, A. Martínez Pérez, E. Martínez López, R. Sospedra, C. Domingo, A. García Lozano, M.I. Durán, V. García Fons y F. Blanes

Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

Resumen

Introducción: La prevalencia del hiperaldosteronismo primario (HAP) se ha incrementado en los últimos años, representando hasta un 10-15% de los casos de hipertensión arterial (HTA). La suprarreñalectomía laparoscópica es el tratamiento de elección de esta patología. Sin embargo, el control de la HTA no se consigue en todos los pacientes.

Objetivos: Evaluar el control, curación o mejoría de la HTA. Registrar la necesidad de medicación antihipertensiva tras la cirugía.

Métodos: Revisamos 28 pacientes diagnosticados de HAP y tratados quirúrgicamente mediante abordaje laparoscópico entre octubre de 1995 y diciembre de 2012 en el Servicio de Cirugía del Hospital Doctor Peset. Con un seguimiento a medio-largo plazo se analizan los casos de curación, mejoría o empeoramiento, y los factores que intervienen en la evolución.

Resultados: La muestra consta de 17 mujeres y 11 hombres, con edad media de 54 años (30-76). La clínica era de HTA de difícil control y larga evolución, con una media de 11 años (2-25). La PA sistólica media era de mmHg 154 ± 22 mmHg y diastólica 90 ± 16 mmHg. Los niveles medios de potasio eran de 3,2 ($\pm 0,8$) mEq/L. El número de fármacos necesarios para el control tensional era de 3 (1-6). Para el diagnóstico se determinó la aldosterona basal 725 pmol/l (± 428) y la renina < 0,3 pmol/l en todos. A 16 pacientes se les realizó test del captopril, a 17 test de furosemida y cateterización venosa suprarrenal a 2 pacientes. El diagnóstico de localización se realizó por TC en todos los pacientes, se completó con RM en 11 casos y con gammagrafía con iodonorcolesterol en 12. La glándula patológica era izquierda en 14 pacientes y derecha en los otros 13 y 1 bilateral. El tamaño medio de la lesión era 20 mm (± 10). Todos fueron intervenidos vía laparoscópica, transperitoneal lateral en el lado derecho y anterior o lateral en el izquierdo. La estancia media postoperatoria fue de 5,5 días (3-11). La anatomía patológica informa de 21 adenomas, 4 hiperplasias, 1 normal y 1 no concluyente. Con un seguimiento medio de 30 meses (6-180), 23 pacientes (86%) controlaron las cifras de tensión arterial y en 5 (14%) no se alcanzó control tensional. De los 26 pacientes que mejoraron, 9 no requieren ningún fármaco mientras que los 14 restantes precisan medicación.

Conclusiones: La suprarreñalectomía laparoscópica es el tratamiento de elección del HAP. El control de la tensión arterial y la supresión de los niveles elevados de aldosterona, y de sus efectos deletéreos, son los objetivos principales del tratamiento quirúrgico. El fracaso en el control tensional tras la cirugía se relaciona con el tiempo de evolución de la enfermedad, el uso prolongado de más de dos fármacos, la insuficiencia

renal secundaria a la hipertensión mantenida y la hiperplasia bilateral no diagnosticada. Los resultados de nuestra serie concuerdan con los publicados en la literatura, con un índice de curación y/o mejoría del 50-80% y fracaso en el 20% de los pacientes. Quizá en el diagnóstico precoz de esta forma de hipertensión arterial secundaria cuya prevalencia está en aumento, esté la clave del éxito del tratamiento quirúrgico.