



P-191 - UTILIDAD DEL MUESTREO VENOSO ADRENAL EN LA DECISIÓN DE LA SUPRARRENALECTOMÍA POR HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO

N.J. Cervantes Juárez, O. Cano Valderrama, M. Conde Rodríguez, R. Santos Rancaño, L.M. Estela Villa, C. Sánchez del Pueblo, S. Ochagavía Cámara, F. Caballero Gómez, I. Runkle de la Vega y A.J. Torres García

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción: Las causas más frecuentes de hiperaldosteronismo primario son el adenoma suprarrenal y la hiperplasia bilateral. Para su tratamiento eficaz es necesario distinguirlas, dado que los adenomas se benefician de la suprarreñectomía y la hiperplasia debe ser tratada médica mente. En pacientes con adenomas, la tomografía computarizada identifica correctamente la localización de la lesión hasta en un 44%. El muestreo venoso adrenal puede determinar adecuadamente la lateralización. Presentamos dos casos que muestran su utilidad.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 40 años que presenta debilidad muscular, hipertensión arterial e hipokalemia. La actividad de renina plasmática baja (0,3 ng/ml/h) y la aldosterona elevada (329 pg/ml) y cociente 109,6. El test de captoril fue negativo. La tomografía objetivó una lesión suprarrenal izquierda de 18 mm y tres pequeños nódulos en glándula contralateral. Dada la imposibilidad de determinar la adrenal patológica se realiza muestreo venoso adrenal que muestra un cociente cortisol adrenal derecha/vena cava (10.190 ng/ml/315 ng/ml) de 32,34 y contralateral (10.470 ng/ml/315 ng/ml) de 33,23. El cociente aldosterona/cortisol vena adrenal derecha (63.606 pg/ml/10.190 ng/ml) fue 6,24, y el contralateral (4.067 pg/dl/10.470 ng/ml) de 0,388, obteniendo una relación adrenal derecha/izquierda (6,24/0,388) de 16,08, mostrando clara lateralización de la secreción de aldosterona a la derecha, realizando adrenalectomía derecha laparoscópica (anatomía patológica: hiperplasia nodular), mejorando las manifestaciones clínicas y alteraciones analíticas. Caso 2: varón de 68 años previamente diagnosticado de hiperaldosteronismo primario por hiperplasia suprarrenal que cursó con mal control de la tensión arterial e hipokalemia persistente. En las pruebas complementarias se objetiva una aldosterona aumentada (192 pg/ml) y renina 5,5 ng/mL/h (cociente 35). El test de captoril fue negativo. En la tomografía ambas glándulas se encuentran levemente aumentadas y contorno irregular con dudoso nódulo de 10 mm en adrenal izquierda. Ante la duda diagnóstica se realiza muestreo venoso adrenal que muestra un cociente aldosterona/cortisol vena adrenal derecha (4.800 pg/ml/1.180 ng/ml) de 4,07, y contralateral (739 pg/ml/858 ng/ml) de 0,86, con una relación adrenal derecha/izquierda (4,07/0,86) de 4,73, indicando clara lateralización de la secreción de aldosterona a la derecha. Se realiza adrenalectomía derecha laparoscópica (anatomía patológica: hiperplasia nodular), remitiendo las alteraciones clínicas y analíticas.

Discusión: La tomografía computarizada es una herramienta útil en el diagnóstico de adenomas suprarrenales mayores de 10 mm, sin embargo puede catalogar incorrectamente a los microadenomas (< 10 mm) como hiperplasia bilateral en base a la ausencia de lesiones objetivables o ser dudosa cuando existe macronodularidad suprarrenal bilateral. En estos casos es útil el muestreo venoso adrenal, el cual está

indicado antes de la adrenalectomía debido a que la tomografía computarizada puede subestimar o mostrar hallazgos erróneos en muchos pacientes con adenomas productores de aldosterona curables quirúrgicamente, siendo intervenidos innecesaria e inapropiadamente (adrenal incorrecta) hasta en un 25% y ser excluidos como candidatos a cirugía en un 22%. El tratamiento quirúrgico satisfactorio de los adenomas suprarrenales productores de aldosterona debe incluir el diagnóstico preoperatorio correcto de la lesión y su localización, valiéndose del muestreo venoso que es muy útil para dirigir la terapia apropiada en pacientes con hiperaldosteronismo con alta probabilidad de adenoma productor de aldosterona.