CIR ESP. 2015;93(Espec Congr):148

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

O-148 - Localización preoperatoria del hiperaldosteronismo primario: ¿Qué papel tiene la medicina nuclear?

di Martino, Marcello; García Sanz, Iñigo; Domínguez Gadea, Luis; Muñoz de Nova, José Luis; Achalandabado Boira, María del Mar; Marín Campos, Cristina; Valdés de Anca, Álvaro; Mora Guzmán, Ismael

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción: El hiperaldosteronismo primario (HAP) es responsable de hasta el 5% de los casos de hipertensión arterial (HTA). Su diagnóstico se basa en pruebas bioquímicas y el gold standard para la localización preoperatoria es el cateterismo selectivo de las venas suprarrenales (CSVS). En casos de CSVS no concluyentes pruebas radiológicas como TC o la RM o de medicina nuclear como la gammagrafía o la SPECT-TC con 131-I-colesterol representan alternativas diagnósticas.

Métodos: Estudio retrospectivo en pacientes operados en el Hospital Universitario de La Princesa de suprarrenalectomía laparoscópica por HAP desde 1999 hasta 2014. Para el diagnóstico preoperatorio de HAP preoperatorio se determinó el cociente aldosterona/actividad de la renina plasmática (A/ARP) y el test de supresión salina. La localización preoperatoria se realizó con pruebas de imagen, CSVS y estudios de medicina nuclear (MN), gammagrafía o SPECT-TC 131-I-colesterol previa supresión con dexametasona. En los pacientes sometidos a gammagrafía o SPECT-TC se administraron 6mg de dexametasona analizando las imágenes 3 y 6 días después.

Resultados: Se sometieron a suprarrenalectomía laparoscópica 27 pacientes. La edad media fue de de 53,6 ± 11,8 años, el 56% fueron mujeres (n = 15). Todos los pacientes presentaban HTA y el 55,5% (n = 15) hipopotasemia preoperatoria (2,75 ± 0,1 mg/dl). La mediana del cociente A/ARP fue de 1.593 (86-5.100). En todos los pacientes el estudio de localización preoperatorio se realizó una prueba radiológica abdominal, asociada en 13 casos pruebas de MN y en 4 a CSVS Con los estudios

See front matter © 2015. Asociación Española de Cirugía. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados

isotópicos se describieron una ausencia de captación en el 1 caso (7,6%) y en 12 (93,4%) una asimetría en la captación. La estancia media hospitalaria fue de 3,73 ± 0,27 días, con una tasa de complicaciones post-operatorias del 7,4%, todas inferiores a una grado 3a según Dindo-Clavien. El estudio anatomopatológico detectó 23 (85,1%) adenomas e 4 (14,9%), hiperplasias, tres de ellas nodulares; el tamaño medio de la lesión fue de 2,28 ± 1,35 cm. Tras una mediana de seguimiento de 48 meses, el 84% de los pacientes mantuvieron cifras normales de TA, el 29% en ausencia de tratamiento y con una disminución media del número de antihipertensivos de 1,83 ± 0,25. Los pacientes con hiperplasia suprarrenal no mostraron diferencias estadísticamente significativas respecto al grupo de los adenomas. Respecto a los pacientes estudiados con técnicas de MN, 11 (84,6%) presentaron tras la cirugía un buen control de las cifras tensionales, 3 (27,2%) en ausencia de tratamiento antihipertensivo, con una disminución del número de fármacos de 1,37 ± 0,18, sin diferencias significativas respecto los pacientes que estudiados con CSVS.

Conclusiones: En los casos de cateterismo selectivos de las venas suprarrenales no concluyentes, la localización preoperatoria de un HAP representa un importante desafío diagnóstico. Los pacientes mayores de 50 años, pueden presentar de forma concomitante un HAP y un adenoma adrenal no funcionante. La gammagrafía o la SPECT-TC con 131-I-colesterol previa supresión con dexametasona representan pruebas funcionales, no invasivas, útil para la localización preoperatoria de pacientes con HAP.

See front matter © 2015. Asociación Española de Cirugía. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados