



P-131 - SUPRARRENALECTOMÍA TRAS DIAGNÓSTICO DE HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Urbón Sánchez, Patricia; Córdova García, Diego Martín; Mañes Jiménez, Félix; Sánchez de Toca Gómez, Sofía Eugenia; Alvarado Hurtado, Ricardo; Díaz Pedrero, Raúl; Ratia Giménez, Tomás; Gutiérrez Calvo, Alberto

Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.

Resumen

Introducción: El Hiperaldosteronismo primario (HAP) supone la forma más común de hipertensión arterial (HTA) secundaria. Representa un 5-10% de todos los casos de HTA, lo que lo convierte en una condición relevante dentro de la población hipertensa española.

Objetivos: Evaluar los resultados de pacientes intervenidos en nuestro centro por hiperaldosteronismo primario, analizando diferentes variables al diagnóstico y realizando comparativas con los resultados obtenidos 2 años tras la cirugía.

Métodos: Estudio retrospectivo que incluye a todos aquellos pacientes intervenidos de suprarreñalectomía entre 2012-2020 en nuestro hospital. Se han recogido datos diagnósticos, clínicos y metabólicos, así como el estudio histológico de las piezas quirúrgicas.

Resultados: El Hiperaldosteronismo primario (HAP) se caracteriza por una producción excesiva de aldosterona por las glándulas suprarrenales, principalmente por adenomas, pero también puede ser secundario a la presencia de hiperplasias, y mucho más raro, a carcinomas. En total, 34 suprarreñalectomías (97% laparoscópicas) se han realizado estos años en nuestro centro, de las cuales 12 han sido indicadas por HAP. Presentaban una edad media de 57,6 años, y 8 de ellos fueron hombres. El diagnóstico ha sido iniciado en todos ellos por HTA de difícil control y alteraciones electrolíticas con tendencia a hipopotasemia, excepto en 1 de los casos, que se trató de un incidentaloma en un TC de control de seguimiento de CCR. En solo 4 de los casos se realizó adicionalmente una Gammagrafía. Analíticamente, se observa un aumento en plasma de aldosterona, del índice renina:aldosterona, así como alteraciones iónicas del K y del Na, y confirmación con test de captoril. Asimismo, se descarta la producción de cortisol con prueba de supresión con Dexametasona negativa. Todos ellos han sido causados por adenomas corticales confirmados histológicamente. El tamaño medio observado en el TC diagnóstico fue de 2,5 cm, y el lado predominante en el 60% fue el izquierdo. Durante el seguimiento de estos pacientes, se ha observado la normalización del índice de renina:aldosterona y los niveles de K en plasma, solo 2 de los pacientes presentaron hipopotasemia grave antes de la intervención. Sin embargo, todos ellos mantienen valores normales tras la cirugía sin necesidad de suplementación. En cuanto a las características clínicas, 8 de los 12 pacientes necesitaban más de tres fármacos para control de la

HTA; y 2 de ellos llevaban más de 10 años con el diagnóstico. Todos presentaron mejoría respecto a las cifras tensionales, pudiendo en el 50% de los casos la retirada completa de fármacos antihipertensivos, mientras que, en la otra mitad, se redujeron en un 74% el número de fármacos diarios para su adecuado control.

Conclusiones: El Hiperaldosteronismo primario (HAP) suele estar subdiagnosticado debido a su variabilidad clínica. Sin embargo, un diagnóstico y tratamiento tempranos son importantes para mejorar la calidad de los pacientes y prevenir posibles complicaciones, principalmente cardiovasculares.