



98 - HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO EN CANTABRIA: UN 'ICEBERG' DIAGNÓSTICO

P. Monge Rafael, E. Pérez, G. Fernández, J.L. Lozano, M.T. García y F. Pazos

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.

Resumen

Introducción: El hiperaldosteronismo primario (HP) es la causa más frecuente de hipertensión arterial (HTA) secundaria (10-15% de HTA) y asocia con mayores índices de morbimortalidad cardiovascular que los pacientes con HTA primaria. El objetivo de nuestro estudio es conocer frecuencia del HP, la caracterización clínica y hormonal.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes diagnosticados de HP en nuestro hospital en los últimos 20 años (1996-2016).

Resultados: En nuestra serie de 46 pacientes, 26 hombres y 20 mujeres, edad media de 52 años (29-81). El motivo del cribado en el 80% fue HTA asociada a hipocaliemia, 17% HTA grave, y 3% HTA asociada a incidentaloma adrenal. El tiempo de evolución de la HTA hasta la sospecha fue de media 12 años, mínimo 0 (4 casos al debut de HTA), máximo 43 años, y percentil 50 en 10 años. En el momento del diagnóstico, el 60% HVI, el 35% isquemia, el 22% PAD, el 24% ECV; 35% alteraciones en metabolismo hidrocarbonado (13% DM); 41% obesidad; 44% dislipemia; 26% síndrome metabólico. Los niveles de ALD fueron de 49 ng/dl (10,7-134,2 ng/ml), 6% inferiores a 15 ng/dl; La media de ARP fue 0,33 ng/ml/h (0,02-1,48); Relación ALD/ARP 371,5 (18-3545). En el 22% se realizó test de confirmación con sobrecarga salina endovenosa, en 9% con sobrecarga salina oral, y en 1 caso test de supresión con fludrocortisona; el test de ortostatismo se realizó en el 26%. En todos los casos se hizo TAC y/o RNM; En el 31% se realizó gammagrafía con I-colesterol (en sospecha de hiperplasia suprarrenal) y en 3 casos se hizo cateterismo de venas suprarrenales. El 56,5% se diagnosticó de adenoma suprarrenal unilateral y recibió tratamiento quirúrgico; 4% adenoma bilateral y 39,5% hiperplasia suprarrenal en tratamiento médico.

Conclusiones: El número de casos es inferior al esperado. Hay una demora en el diagnóstico. Recomendamos que el cribado se realice con ALD mayores de 10 ng/dl. No se han realizado test bioquímicos de confirmación en todos los pacientes. El cateterismo de VS no es una práctica habitual en nuestro medio.