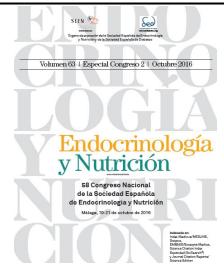




Endocrinología y Nutrición



156 - ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UNA SERIE DE PACIENTES CON HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO (HAL): DE LAS GUÍAS A LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

V. Atienza Moya^a, C. Salom Vendrell^a, S. Garzón Pastor^a, E.M. Riera Sabater^a, M. Lapertosa^a y A. Hernández Mijares^b

^aServicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Doctor Peset. Valencia. España. ^bDepartamento de Medicina. Universidad de Valencia. España.

Resumen

Introducción: HAL representa hasta 15% en pacientes seleccionados y más 60% es HTA normopotasémica. Es un reto diagnóstico por dificultad de pruebas de confirmación y etiología.

Objetivos: Describir cohorte de pacientes con HAL en forma de presentación, confirmación y tratamiento.

Métodos: Revisamos historias de pacientes con HAL seguidos en consulta de suprarrenal de 2012 a 2015. Se analizó: motivo de remisión; potasio (K), nº antihipertensivos (aHTA) y PA antes y después tratamiento; prueba screening y confirmación.

Resultados: Analizamos 23 pacientes (78% hombres), edad media 65 años. Motivo de remisión fue HTA e hipoK 52,2%, HTA refractaria 39,1% e incidentaloma 8,7%. A remisión, 56,5% tenía hipoK ($3,6 \pm 0,6$ mEq/L) y media PA era 159/94 mmHg con media 3,3 aHTA. Prueba screening: cociente aldosterona/actividad renina plasmática (A/ARP), media 1.460 pg/ml/ng/ml/h. 62% hubo dejar aHTA que afectan interpretación. 56,5% no se hizo test confirmación, 4 porque A/ARP era diagnóstico ($> 1.000 +$ hipoK) y 9 por alto riesgo de retirar aHTA. 10 se hizo test de captoril, positivos 100%. Sólo 4 se pudo sobrecarga salina (SS). 100% TAC abdominal, normal en 7, 14 patología adrenal unilateral y 2 bilateral. Si cirugía contraindicada o no deseada (60,9%) se daba tratamiento médico. Candidatos a cirugía (39%) se hizo más pruebas; todos gammagrafía iodocolesterol y sólo 2 se pudo cateterismo venas adrenales (CVA) (ambos insatisfactorios). En 2 adrenalectomía unilateral por coincidencia imagen unilateral y están curados. El resto tratamiento médico, 14 espironolactona y 7 eplererona. Tras tratamiento etiológico: media K $4,5 \pm 0,4$ mEq/L, nº aHTA medio bajó 1,9, PA media 128/73 mmHg.

Conclusiones: Test screening elección es A/ARP, útil aún con aHTA que interfieren. Puede ser diagnóstico. Test de captoril como confirmación porque SS está contraindicada en gran nº de pacientes. Problemas en estudio uni/bilateralidad por dificultad técnica CVA. Tratamiento médico da buenos resultados normalizando K y mejor PA con menos aHTA.