

347/246 - ¿A CUÁNTOS PACIENTES CON HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO HAS DEJADO DE DIAGNOSTICAR HOY?

P. González Díaz^a, M. Díaz Moreno^b y F. Martínez Martín^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arucas. Las Palmas de Gran Canaria. ^bMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guanarteme. Las Palmas. ^cMédico Endocrinólogo. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 54 años con antecedentes de Hipertensión arterial mal controlada e hipokalemia desde los 15 años; hipertrofia VI, ictus isquémico (enero 16), ictus hemorrágico (abril 2016) con secuelas; Depresión mayor con intento autolítico (noviembre 2016). Se solicitan parámetros hormonales, entre los que destaca aldosterona aumentada, ratio aldosterona/renina > 20 e hipokalemia. Se añade espironolactona al tratamiento. En mayo 2017 se realiza TAC abdominal donde se objetiva suprarrenal izquierda multinodular con nódulo mayor. Se realiza adrenalectomía laparoscópica 2 meses después, sin incidencias. La histología desveló una hiperplasia cortical adrenal con nódulo 1,7 cm. Tras 6 meses poscirugía la paciente se encuentra con cifras de presión arterial normales sin necesidad de tratamiento, con buen estado de ánimo sin tratamiento antidepresivo y parámetros analíticos corregidos.

Exploración y pruebas complementarias: Cifras presión arterial: previo a la cirugía: 156/98-161/95-159/92 mmHg; poscirugía sin medicación: 104/71-96/63-102/65 mmHg. Cifras potasio: previo a la cirugía: 3,4-2,5-2,9-3,3-3,5 mEq/L; Poscirugía: 3,9-4,4-4,7 mEq/L. Analítica: previo a la cirugía: aldosterona 416 pg/ml, ARP 0,7 ng/mL/h, ratio A/ARP 59,4, K+ 3,3 3mEq/L. Posterior a la cirugía: aldosterona 90 pg/mL, ARP 4,0 ng/mL/h, ratio 2,3, K+ 4,7 mEq/L. TAC abdominal: suprarrenal izquierda multinodular con nódulo máximo de 1,7 cm. Ateromatosis aorto-iliaca y femoral.

Orientación diagnóstica: Hiperaldosteronismo primario.

Diagnóstico diferencial: Causas de hipertensión arterial refractaria. Depresión mayor.

Comentario final: El HAP no es una enfermedad rara, sino que está infradiagnosticada, puede deberse en parte al desconocimiento y a los procedimientos de cribado y diagnóstico que son altamente complejos y costosos. El diagnóstico y tratamiento precoz del HAP permitiría reducir enormemente la carga de eventos cardiovasculares, especialmente ACV, con evidentes implicaciones para la salud pública, además de mejorar la calidad de vida y la salud mental. Sin embargo para poderlo implementar es preciso simplificar los protocolos de cribado y de diagnóstico, además de mejorar su conocimiento. Este caso clínico pone en manifiesto la complejidad de alcanzar el diagnóstico del HAP y las consecuencias que conlleva.

Bibliografía

1. Menendez E, et al. Rev Esp Cardiol. 2016;69:572-8.

2. Milliez P, et al. JACC. 2005;45:1243-48.
3. Velema M, et al. J Clin Endocrinol Metab. 2018;103:16-24.
4. Hundemer GL, et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2018;6:51-9.
5. Funder JW. J Clin Endocrinol Metab. 2016;101:1889-916.

Palabras clave: Hiperaldosteronismo primario. Infradiagnóstico. Riesgo cardiovascular.