



18 - LA HIPONATREMIA EUVOLÉMICA EN EL HIPOALDOSTERONISMO AISLADO NO SE CORRELACIONA CON LA BAJA ACTIVIDAD MINERALOCORTICOIDE

J.G. Ruiz-Sánchez^{1,2,3}, M. Pazos Guerra¹, X. Pérez Candel¹, M.Á. Rubio Herrera^{1,2}, M. Cuesta^{1,2}, P. de Miguel Nova^{1,2}, E. Gómez-Hoyos⁴, A.L. Calle-Pascual^{1,2} e I. Runkle^{1,2}

¹Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ²Endocrinología y Nutrición. Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos (IdISSC). Madrid. ³Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ⁴Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Resumen

Introducción: El hipoaldosteronismo aislado (HALdo) se caracteriza por una reducida excreción urinaria de K, facilitando la hipercalemia. Puede presentar hiponatremia (HNa). Se presupone que induce HNa hipovolémica (HH), pero hay casos de HNa euvolémica (HE), atribuible a SIADH concomitante. Las series de HALdo publicadas son pequeñas, y sus manifestaciones escasamente estudiadas. Así, no se ha determinado si la HH e/o la HE están relacionadas con hipomineralocortisolismo (HMin).

Objetivos: Identificar correlaciones de sodio (NaU) y potasio urinario (KU) de HH e HE en HALdo, con marcadores de HMin: ratio NaU/KU, gradiente transtubular de potasio (GTTK) y ratio potasio sérico (KS)/KU.

Métodos: Análisis retrospectivo de casos de HALdo y HH o HE valorados por el S. Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico San Carlos Madrid, enero 2012-agosto 2019. Variables categóricas: Test de χ^2 o Fisher; Cuantitativas: t-Student o Mann-Whitney, correlación de Pearson. Significativo: $p < 0,05$.

Resultados: 92 casos de HNa: 71 (77,2%) HH; 21 (22,8%) HE. Edad media $74,7 \pm 12,8$ años, 41 mujeres (44,6%). La creatinina sérica media fue mayor en HH que en EH ($1,2 \pm 0,5$ vs. $0,9 \pm 0,3$ mg/dL $p = 0,002$), sin diferencias entre NaS, KS, bicarbonato sérico, NaU, KU, NaU/KU, KS/KU, osmolalidad urinaria, GTTK, % de hipercalemia o acidosis metabólica. En HH, pero no en HE, hubo correlación de KU con NaU/KU ($r = -0,55$ $p < 0,001$) y GTTK ($r = 0,61$ $p < 0,001$), de NaU con GTTK ($r = -0,54$, $p < 0,001$), y entre marcadores de HMin (tabla).

	HH	p	HE	p
Ratio KS/KU con GTTK	$r = -0,74$	$< 0,001$	$r = -0,23$	0,470
Ratio KS/KU con ratio NaU/KU	$r = 0,56$	$< 0,001$	$r = 0,05$	0,846
GTTK con ratio NaU/KU	$r = -0,72$	$< 0,001$	$r = -0,24$	0,449

Conclusiones: En este análisis, con el mayor número de casos de HALdo e HNa que conocemos a la fecha, observamos correlación entre marcadores de HMin en el HALdo con HH, pero no con HE.

Esto sugiere que en pacientes con HAlto e HE, la HNa no debe ser atribuida al HAlto, y otras etiologías deberán buscarse.