



59 - USO SISTEMÁTICO DEL CATETERISMO DE VENAS SUPRARRENALES PARA EL DIAGNÓSTICO Y GUIAR EL TRATAMIENTO EN HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO. RESULTADOS BASALES Y A 12 MESES DE UNA SERIE DE 52 PACIENTES

A. Sanmartín Sánchez¹, E. Mena Ribas¹, A. Barceló Bennasar², J.M. Martínez Ruitort³, J.V. Gil Boix¹, M. Viñes Raczkowski¹, G. Serra Soler¹, M. Codina Marcet¹ e I. Argüelles Jiménez¹

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca. ²Análisis clínicos, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca. ³Radiología, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca.

Resumen

Introducción: El hiperaldosteronismo primario (HAP) es la causa más frecuente de HTA secundaria. Es fundamental diferenciar el subtipo porque el tratamiento es diferente: quirúrgico en unilaterales y antagonistas de receptor de mineralcorticoides (ARM) en bilaterales. El cateterismo de venas suprarrenales (CVS) es la prueba de elección para el diagnóstico etiológico.

Métodos: Se revisan 52 pacientes con HAP a los que se realizó CVS (27 unilaterales, 19 bilaterales, 4 indeterminados y 2 fallidos). Se describen las características basales del total y por grupos (unilaterales vs. bilaterales). Se analizan las diferencias a los 12 meses de los pacientes operados (n = 28) vs. ARM (n = 24). Se evalúa la concordancia entre pruebas de imagen y CVS.

Resultados: Características basales de nuestra serie: edad media $58 \pm 8,6$ años; varones 75,4%; IMC $30,8 \pm 5,9$ kg/m²; edad diagnóstico HTA $41,4 \pm 8,6$ años; retraso diagnóstico de HAP $15 \pm 8,3$ años; TAS 150 ± 15 ; TAD 87 ± 10 mmHg; FG (ckd-epi) $85,9 \pm 19,4$; retinopatía HTA 29,2%; hipertrofia ventricular izquierda 73%. El 82% tomaba ≥ 3 fármacos hipotensores y el 79% presentaban hipopotasemia. La prevalencia de hipopotasemia y el nivel de aldosterona plasmática fue mayor en los unilaterales. El análisis de los datos a los 12 meses del tratamiento (quirúrgico vs. ARM) mostró diferencias significativas en el control de la TAS (129 ± 9 vs. 139 ± 18) y el nº de fármacos (1,5 vs. 2,9), precisando ≥ 3 el 20 vs. 77,8%. De los operados, todos los pacientes excepto uno mejoraron el control de TA (reducción nº fármacos o mejoría de TA con los mismos) y un 38% presentó curación. La concordancia entre TC/RMN y CVS fue de 61,7%.

Conclusiones: En nuestra serie el diagnóstico de HAP fue tardío con una elevada prevalencia de hipopotasemia. El uso sistemático del CVS es fundamental para detectar los casos unilaterales. Éstos se benefician del tratamiento quirúrgico con un mejor control tensional en el seguimiento y curación en algunos casos.