



66 - VIABILIDAD DEL DIAGNÓSTICO DE HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO DURANTE EL CRIBADO, SIN RETIRADA DE ANTIHIPERTENSIVOS NI PRUEBAS CONFIRMATORIAS

J.G. Ruiz Sánchez, D. Meneses, Á. Fernández, J. Cárdenas y C. Vázquez

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Resumen

Introducción: El hiperaldosteronismo primario (HAP) está asociado a un elevado riesgo cardiovascular y mortalidad. Su diagnóstico suele ser complejo, en parte, debido a la necesidad de suspender los antihipertensivos que interfieren con el sistema renina-angiotensina-aldosterona (I-SRAA) para la evaluación bioquímica, y al riesgo de complicaciones hipertensivas agudas en ese contexto. Limitando no solo su *screening*, sino también sus pruebas confirmatorias. Analizamos si es posible el diagnóstico de HAP mediante la bioquímica del momento del cribado y mientras se mantienen los I-SRAA.

Métodos: Estudio de adultos hipertensos evaluados por HAP en una consulta monográfica de HTA endocrina. Los pacientes se agruparon según el uso o no de I-SRAA durante el cribado, y la presencia de HAP. El diagnóstico de HAP fue basado en el test de captopril-25 mg o en la sobrecarga salina oral. Se evaluó la precisión diagnóstica de la relación aldosterona-renina (RAR) ng/dL/ng/mL/h, de la RAR > 30, > 50, y de otras características bioquímicas como la hipopotasemia.

Resultados: 265 pacientes, 122/265 tuvieron HAP. 192/265 estaban en tratamiento con I-SRAA al *screening*. El área bajo la curva ROC (AUROC) de la RAR para HAP fue 0,769 (IC95%: 0,66-0,877), y 0,877 (IC95%: 0,828-0,926) en pacientes sin y con I-SRAA, respectivamente. La sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y negativo de RAR > 50 fueron: 76%, 81%, 77,5% y 79,6%. Una RAR > 50 acompañada de hipopotasemia tuvo un VPP del 92,6%. En cada tipo de I-SRAA, el AUROC de la RAR fue > 0,850.

Conclusiones: La RAR al *screening*, evaluada bajo el uso de I-SRAA, es confiable y precisa para diagnosticar HAP. Así, el diagnóstico de HAP es factible en esta condición. Una simple medición bioquímica inicial podría detectar el HAP, evitando los inconvenientes del cambio de medicación y pruebas confirmatorias. Una RAR > 50 acompañada de hipopotasemia mientras se mantiene la medicación I-SRAA podría considerarse diagnóstica de HAP.