



P-018 - HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO Y LOS FACTORES ASOCIADOS A SU DIAGNÓSTICO EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 E HIPERTENSIÓN ARTERIAL

J.G. Ruiz Sánchez^a, Á. Fernández Sánchez^a, J. Cárdenas Salas^a, E.R. Alegre de Montaner^b, C. Aragón^a, M.C. Dassen de Monzó^a, M.P. Barrio Dorado^a, C. Vázquez Martínez^a y D. Meneses^a

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España.

^bServicio de Nefrología, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España.

Resumen

Introducción: El hiperaldosteronismo primario (HAP) es la principal causa de hipertensión arterial (HTA), suponiendo entre el 10-15% de las causas de HTA en adultos. Recientes estudios han encontrado que la prevalencia de HAP en personas con diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) y HTA es cercana al 20%. Estudiamos la presencia de disglucosis y DM2, y su papel, en el diagnóstico del HAP, así como los factores asociados a ello.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 247 pacientes adultos atendidos desde enero 2022 hasta diciembre 2022 en la consulta monográfica de HTA endocrina de un hospital del tercer nivel en España. Todos los casos positivos para HTA secundaria fueron HAP. Se evaluó la presencia de DM2 y de disglucosis (pre-DM o DM2) y su asociación con el diagnóstico de HAP. Se analizaron los factores relacionados con HAP en personas con DM2. Se realizaron estudios de correlación entre niveles de aldosterona, renina, glucemia y HbA1c y estudios de regresión logística y lineal para búsqueda de causalidad con sus respectivos intervalos de confianza 95% (IC95%).

Resultados: 192 pacientes incluidos: edad 55 ± 13 años, 41,1% mujeres, 127 (66,1%) con *screening* HAP positivo (Sc+), 87 (45,3%) tuvieron HAP, 120 (62,5%) disglucosis, 57 (29,7%) DM2, y 51 (26,4%) una historia de hipocalcemia. La disglucosis fue más prevalente en aquellos con Sc+ (55,9 vs. 44,1%; $p = 0,008$). El porcentaje de HAP del total de la cohorte fue similar entre aquellos con/sin disglucosis (43,3 vs. 48,6%; $p = 0,477$), pero más bajo en aquellos con DM2 (29,8 vs. 51,9%; $p = 0,005$). Analizando solo aquellos con Sc+, la presencia de HAP fue similar entre aquellos con/sin DM2 (68 vs. 68,6%; $p = 0,952$). De toda la cohorte, hubo correlación de HbA1c con actividad de renina ($r = 0,35$; $p < 0,01$) y potasio sanguíneo [SK+] ($r = 0,21$; $p = 0,026$) solo en personas sin DM2. No hubo correlación de [K+] ni aldosterona con glucemia y HbA1c en el análisis global ni por subgrupos según DM2 y/o HAP. La tabla muestra las variables asociadas (univariado) a HAP en personas con DM2. El número de motivos de *screening* de HAP (Exp.B = 4,7; IC95%: 1,8-2,3) y la renina suprimida (Exp.B = 8,6; IC95%: 1,2-64,3) estuvieron independientemente asociados a HAP (análisis multivariado).

HAP		p
Sí (n = 17)	No (n = 40)	

Nº motivos estudio	3,3 ± 1,2	1,8 ± 0,8	< 0,001
HTA grado-3 (N = 40)	14 (100%)	14 (53,8%)	0,003
Años de HTA	16 ± 11	9 ± 8	0,025
Nº antihipertensivos	4,2 ± 1,3	2,1 ± 1,5	< 0,001
Hipocalemia	9 (52,9%)	3 (7,5%)	< 0,001
[K+], mmol/L	3,7 ± 0,4	4,4 ± 0,5	< 0,001
Aldosterona, ng/dL	33,8 ± 16,6	18,8 ± 11	0,002
Renina suprimida	10 (58,8%)	4 (10%)	< 0,001
Renina, ng/ml/h	0,3 ± 0,25	4,8 ± 6,6	< 0,001

Conclusiones: Cerca del 30% de personas con HTA sugerente de secundaria y DM2 tendrán HAP. Si tienen Sc+, la probabilidad supera el 50%. La probabilidad de HAP en personas con DM2 incrementa a más motivos para su estudio existan y ante una renina suprimida.