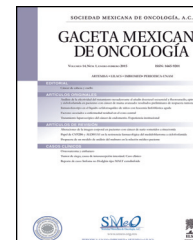




SOCIEDAD MEXICANA DE ONCOLOGÍA, A.C.
**GACETA MEXICANA
DE ONCOLOGÍA**

www.elsevier.es



CASO CLÍNICO

Aldosteronoma. Reporte de un caso y revisión bibliográfica



Zaira Eunice Montes-Osorio^{a,*}, José Manuel Aguilar-Priego^b, Lorena Soriano-Ramírez^c
y Jorge Miguel García-Salazar^d

^a Departamento de Cirugía General, Hospital General Zona Norte. SSEP, Puebla, Puebla, México

^b Departamento de Oncología Quirúrgica, Hospital General Zona Norte. SSEP, Puebla, Puebla, México

^c Departamento de Medicina Interna, Hospital General Zona Norte. SSEP, Puebla, Puebla, México

^d Departamento de Anatomía Patológica, Christus Muguerza® Hospital Betania, Puebla, Puebla, México

Recibido el 9 de octubre de 2014; aceptado el 6 de marzo de 2015

Disponible en Internet el 16 de julio de 2015

PALABRAS CLAVE

Aldosteronoma;
Hiperaldosteronismo
primario;
Adrenalectomía
laparoscópica

Resumen

Introducción: El aldosteronoma o adenoma productor de aldosterona es un tumor de la corteza suprarrenal que secreta aldosterona y es una causa de hipertensión quirúrgicamente tratable. Por lo menos el 2% de los pacientes con hipertensión pueden presentar un aldosteronoma.

Caso clínico: Mujer de 45 años con hipertensión arterial secundaria de 17 años de evolución, manejada con 4 clases de antihipertensivos. Presentó un evento vascular cerebral hemorrágico y signos de hidrocefalia por crisis hipertensiva, con evidencia tomográfica de un tumor en la glándula suprarrenal izquierda con una relación renina/aldosterona de 10.3 y prueba de supresión salina determinante de hiperaldosteronismo primario. La paciente fue sometida a adrenalectomía izquierda por medio de laparoscopia con una evolución favorable y normalización de sus cifras tensionales.

Conclusiones: La hipertensión arterial es la manifestación principal del hiperaldosteronismo primario, suele ser de moderada a severa y puede durar desde meses hasta décadas. Debe sospecharse la presencia de este proceso patológico en los casos de hipertensión resistente al tratamiento (cifras tensionales no controladas en un paciente tratado con 3 o más antihipertensivos, incluido un diurético), ante la presencia de hipopotasemia en forma espontánea y en pacientes con eventos vasculares cerebrales precoces o con antecedentes familiares, así como ante el hallazgo de un tumor a nivel de la glándula suprarrenal (incidentaloma) en un paciente hipertenso.

© 2015 Sociedad Mexicana de Oncología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia. Departamento de Cirugía General, Hospital General Zona Norte, Servicios de Salud del Estado de Puebla, 88 Poniente y 7 Norte Infonavit San Pedro, Puebla C.P. 72230, México. Teléfono: (52+) 22-23-67-92-84.

Correo electrónico: drazairaeunice@gmail.com (Z.E. Montes-Osorio).

KEYWORDS

Aldosteronoma;
Primary
hyperaldosteronism;
Laparoscopic
adrenalectomy

Aldosteronoma. A case report and literature review**Abstract**

Introduction: Aldosteronoma or aldosterone-producing adenoma is a tumour of the adrenal cortex that secretes aldosterone and is a surgically curable cause of hypertension. At least 2% of the patients with hypertension may have an aldosteronoma.

Clinical case: A 45-year female patient with a history of secondary hypertension of 17 years onset, managed with 4 anti-hypertensive agents. She experienced a haemorrhagic stroke with signs of hydrocephalus caused by a hypertensive crisis, with CT evidence of a tumour in the left adrenal gland, with an aldosterone-to-renin ratio of 10.3 and saline-suppression test consistent with primary hyperaldosteronism. The patient underwent laparoscopic left adrenalectomy, with satisfactory progress and blood pressure values returning to normal.

Conclusions: Hypertension is the main manifestation of primary aldosteronism, is usually moderate to severe, and can last from months to decades. Presence of this condition should be suspected in cases of treatment-resistant hypertension (uncontrolled blood pressure values in a patient receiving 3 or more anti-hypertensive medications, including a diuretic), upon spontaneous onset of hypokalaemia, and in patients with early strokes or with a family history, as well as upon the discovery of a tumour in the adrenal gland (incidentaloma) in a hypertensive patient.

© 2015 Sociedad Mexicana de Oncología. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El aldosteronoma, o adenoma productor de aldosterona, es un tumor de la corteza suprarrenal que secreta aldosterona y es una causa de hipertensión quirúrgicamente tratable. Por lo menos el 2% de los pacientes con hipertensión pueden ser portadores de un aldosteronoma¹. La resistencia a los antihipertensivos y la presencia de hipertensión refractaria son características comunes del aldosteronismo primario atribuibles a la presencia de un aldosteronoma. Normalmente este tipo de adenomas se presentan en forma aislada, pero en raras ocasiones pueden ser bilaterales. Los aldosteronomas son menores de 2.0 cm de diámetro, dentro de un rango de 1.5 a 2.0 cm².

El hiperaldosteronismo primario, también denominado síndrome de Conn, se caracteriza clínicamente por hipertensión arterial intratable e hipopotasemia³. La incidencia de tumores en la glándula suprarrenal descubiertos por CT abdominal es de entre el 0.6 y el 1.3%, y la incidencia en autopsias de pacientes que no presentaron evidencia de enfermedad suprarrenal se encuentra entre el 1.4 y el 9%^{4,5}.

Caso clínico

Mujer de 45 años, originaria de Nicaragua y residente de Puebla, con escolaridad secundaria. La paciente es asmática desde los 10 años, alérgica a los AINE (ketorolaco) y a las cefalosporinas. Padece hipertensión arterial secundaria de 17 años de evolución, la cual fue manejada inicialmente con telmisartán 40 mg cada 24 h. Su tratamiento actual consta de hidralazina 30 mg cada 8 h, prazosina 4 mg cada 6 h, espironolactona 100 mg cada 24 h, verapamilo 160 mg cada 6 h y metoprolol 200 mg cada 12 h. Presentaba antecedentes de

6 embarazos, 5 de ellos atendidos por cesárea y un aborto, así como preeclampsia severa en los 2 últimos embarazos.

En los últimos 2 años su padecimiento había evolucionado con hipertensión arterial sistémica inadecuadamente controlada, cefalea intensa de localización occipital refractaria a los analgésicos, así como ataque al estado general. Dos meses antes había experimentado un evento vascular cerebral hemorrágico en el hemisferio cerebeloso izquierdo con irrupción al sistema ventricular, lo cual derivó en hidrocefalia. La paciente fue sometida a una craneotomía con drenaje de hematoma más ventriculostomía, lo cual condicionó su ingreso a unidad de cuidados intensivos. Posteriormente su evolución fue tórpida, de modo que se inició un protocolo de hipertensión arterial secundaria.

A la exploración física no se encontró ninguna anomalía relevante. Los exámenes de laboratorio reportaron anemia en la citología hemática (10 g/dl), electrolitos séricos sin hipopotasemia (K: 4.7 mmol/l), metanefrinas normales, cortisol sérico de 12.2 g/24 h, aldosterona sérica de 23.2 ng/dl y una relación renina plasmática (ng/ml)/ aldosterona (ng/dl) de 10.35 ng/dl (los rangos normales para la aldosterona sérica en bipedestación son de 4.0-31 ng/dl, y en decúbito de 1.0-16 ng/dl, en tanto que el valor de corte de la relación aldosterona/renina plasmática expresada en ng/dl y ng/l es de 3.8).

Una prueba de infusión salina (+) confirmó la autonomía en la producción de aldosterona, con un resultado de aldosterona sérica postinfusión de 189.5 pg/ml = 18.95 ng/dl.

Se realizó una tomografía axial computarizada (TAC) contrastada de abdomen, la cual mostró evidencia de un tumor de 3 cm en la glándula suprarrenal izquierda (fig. 1).

Dado que se concluyó que se trataba de un aldosteronoma izquierdo, la paciente fue sometida a adrenalectomía laparoscópica izquierda.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3988609>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3988609>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)