



Hipertensión y riesgo vascular

www.elsevier.es/hipertension



CASO CLÍNICO

Hiperaldosteronismo primario por hiperplasia suprarrenal unilateral con resolución quirúrgica

O. Rubio-Puchol^{a,*}, S. Garzón-Pastor^b, C. Salom-Vendrell^b y A. Hernández-Mijares^{b,c,d}

^a Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital General Universitario de Castellón, Castellón, España

^b Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España

^c Departamento de Medicina, Universidad de Valencia, Valencia, España

^d Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana (FISABIO), Valencia, España

Recibido el 23 de febrero de 2016; aceptado el 14 de marzo de 2016

PALABRAS CLAVE

Hipertensión resistente;
Hiperaldosteronismo;
Hiperplasia adrenal

KEYWORDS

Hypertension resistant to conventional therapy;
Hyperaldosteronism;
Adrenal hyperplasia

Resumen La hiperplasia suprarrenal unilateral es una causa rara de hiperaldosteronismo primario (sobre un 3%) que tiene tratamiento quirúrgico.

Presentamos el caso de una mujer de 50 años con hipertensión arterial refractaria en tratamiento con 7 fármacos con hiperaldosteronismo primario por hiperplasia suprarrenal unilateral, que tras suprarrenalectomía izquierda presenta curación sin necesidad de ningún fármaco antihipertensivo tras 2 años desde la cirugía.

La hiperplasia suprarrenal unilateral es una entidad diferente y no es una variante asimétrica de la hiperplasia bilateral. En el estudio de pacientes con hiperaldosteronismo primario y pruebas de imagen sin presencia de adenoma suprarrenal, es un diagnóstico que hay que considerar antes de catalogar a los pacientes con hiperplasia suprarrenal bilateral y de iniciar tratamiento médico, ya que la hiperplasia unilateral tendría resolución quirúrgica.

© 2016 SEHLELHA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Primary hyperaldosteronism due to unilateral adrenal hyperplasia with surgical resolution

Abstract Unilateral adrenal hyperplasia is a rare cause of primary hyperaldosteronism (around a 3%) that has surgical treatment.

A case of a patient with hypertension resistant to conventional therapy in treatment with 7 drugs who presented with primary hyperaldosteronism due to unilateral adrenal hyperplasia is presented. A left adrenalectomy was performed, and the patient had a good clinical response, with no need of any drug after 2 years of surgery.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: olallarubio@gmail.com (O. Rubio-Puchol).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.hipert.2016.03.002>

1889-1837/© 2016 SEHLELHA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Unilateral adrenal hyperplasia is a different entity and it is not an asymmetric variant of the bilateral adrenal hyperplasia. In the study of patients with primary hyperaldosteronism and imaging tests with absence of adenoma is a diagnosis that must be considered before cataloguing patients with bilateral adrenal hyperplasia and start a medical treatment, because unilateral adrenal hyperplasia would have a surgical resolution.

© 2016 SEHLELHA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

La hiperplasia suprarrenal unilateral es una causa poco frecuente de hiperaldosteronismo primario (sobre un 3%) que tiene tratamiento quirúrgico¹. La hiperplasia unilateral podría tratarse de una variante de la hiperplasia suprarrenal bilateral, ya que la hiperplasia en algunos pacientes con hiperplasia bilateral podría ocurrir en diferentes momentos.

Presentamos el caso de una mujer de 50 años remitida a Endocrinología por HTA refractaria para valoración de hiperaldosteronismo primario. La paciente había sido diagnosticada de HTA grado II 3 años antes de la visita. Como otros antecedentes, era fumadora y presentaba hipercolesterolemia probablemente poligénica en tratamiento con atorvastatina (80 mg/día). Como antecedentes familiares de interés, la madre de la paciente presentaba HTA esencial controlada con un fármaco.

En el momento de la primera visita estaba en tratamiento con 7 fármacos antihipertensivos con correcta cumplimentación, sin presentar un adecuado control tensional: amlodipino 10 mg/24 h, olmesartán 40 mg/24 h, doxazosina 8 mg/24 h, nebivolol 5 mg/24 h, hidroclorotiazida 25 mg/24 h, moxonidina 0,2 mg/12 h y espironolactona 100 mg/24 h. La paciente había acudido en numerosas ocasiones al Servicio de Urgencias por crisis hipertensivas. Entre las exploraciones que se le habían realizado dentro del estudio de HTA refractaria presentaba ecocardiografía normal, ecografía doppler renal normal y fondo de ojo con retinopatía hipertensiva grado I en ambos ojos. El hemograma y la bioquímica eran normales. Las cifras de potasio eran normales antes de iniciar la espironolactona. También se le había realizado un cociente aldosterona/actividad renina plasmática (ALD/ARP) cuando estaba en tratamiento con amlodipino, olmesartán, doxazosina, nebivolol, hidroclorotiazida y moxonidina: ALD 153 pg/ml; ARP <0,3 ng/ml/h. El cociente fue de 510, que se considera positivo para el diagnóstico de hiperaldosteronismo primario (a pesar de tratamiento con amlodipino, olmesartán e hidroclorotiazida, que producirían falsos negativos).

Se solicita tomografía axial computarizada (TAC) suprarrenal, y se objetiva la glándula suprarrenal izquierda aumentada de tamaño: su pata medial es de un grosor mayor de 10 mm (fig. 1). La suprarrenal derecha era normal. Tras los resultados de la TAC es cuando se pauta la espironolactona y se remite a la paciente a Endocrinología para confirmar diagnóstico de hiperaldosteronismo primario y valorar cirugía. En Endocrinología se considera oportuno descartar otras causas de HTA secundaria y se solicitan metanefrinas en orina de 24 h (2 determinaciones



Figura 1 TAC donde se evidencia la glándula suprarrenal izquierda aumentada de tamaño (flecha), con una pata medial de un grosor máximo de 10 mm. La suprarrenal derecha es normal.

normales) y cortisoluria 24 h (normal). Se decidió que la retirada de los fármacos para la realización de un test de confirmación de hiperaldosteronismo primario supondría un riesgo significativo para la paciente, por lo que se asumió el diagnóstico de hiperaldosteronismo primario ante un único cociente ALD/ARP positivo y se solicitó resonancia magnética (RM) de suprarrenales con el objetivo de caracterizar mejor la glándula suprarrenal izquierda. La RM objetivó un engrosamiento nodular de aproximadamente un centímetro en la pata medial de la glándula suprarrenal izquierda con intensidad de señal que indicaba la presencia de grasa microscópica, por lo que orientó a hiperplasia o nódulo suprarrenal izquierdo. Se solicitó también gammagrafía de suprarrenales, aunque se mantuvo el tratamiento con espironolactona. Se observó una captación aumentada en ambas glándulas suprarrenales, visible claramente a partir de las 72 h: el estudio era compatible con hiperplasia suprarrenal bilateral. Durante el transcurso del estudio, por dificultad en el control tensional, se aumentó la dosis de espironolactona progresivamente hasta 200 mg/12 h (manteniendo el resto de los fármacos antihipertensivos) con mejoría progresiva de las cifras tensionales. Se mantiene la normopotasemia a pesar de las altas dosis de espironolactona.

Se propuso cirugía de la suprarrenal izquierda, aun sin poder asegurar curación puesto que se desestimó la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5603628>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5603628>

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