



CASO CLÍNICO

Diagnóstico diferencial del hiperaldosteronismo primario



María del Mar Rodríguez Rodríguez*, Lucía Jiménez Mendiguchía, Marta Rosillo Coronado y Ana García Cano

Servicio de Bioquímica Clínica, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

Recibido el 4 de junio de 2016; aceptado el 1 de febrero de 2017
Disponible en Internet el 4 de abril de 2017

PALABRAS CLAVE

Hiperaldosteronismo primario;
Cateterismo bilateral de venas suprarrenales;
Hipertensión

Resumen El aldosteronismo primario se considera una de las causas más comunes de hipertensión secundaria. Los datos indican que puede ocurrir en hasta el 5-15% de los pacientes con hipertensión. Aunque esta enfermedad sigue siendo un reto diagnóstico considerable, el reconocimiento de la condición es crítica, debido a que la hipertensión asociada al aldosteronismo primario a menudo se puede curar con la intervención quirúrgica o médica adecuada. El diagnóstico se realiza en 3 etapas, que implican un cribado inicial, una confirmación del diagnóstico, y una clasificación del subtipo específico de aldosteronismo primario.

Se describe el caso de un paciente con hipertensión resistente e hipopotasemia. La prueba inicial incluye la cuantificación de las concentraciones de aldosterona y actividad de renina en plasma. En nuestro laboratorio la medida de estos 2 parámetros se realizó por radioinmunoanálisis. En este caso, el paciente tenía elevado el cociente aldosterona/renina y la producción de aldosterona de forma autónoma se confirmó con una prueba de supresión con sobrecarga intravenosa de sodio. Una vez confirmado el aldosteronismo primario, se determinó el subtipo para guiar el tratamiento. La prueba inicial en la evaluación del subtipo es la tomografía axial computarizada (TAC) de las glándulas suprarrenales. Además, si se considera el tratamiento quirúrgico, el muestreo de la vena adrenal es el método más preciso para distinguir entre la producción de aldosterona adrenal unilateral o bilateral.

En este caso se muestra como el laboratorio juega un papel fundamental en el diagnóstico del aldosteronismo primario, con el fin de lograr el tratamiento óptimo.

© 2017 AEBM, AEFA y SEQC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mar_rodrirrodri@hotmail.com (M.d.M. Rodríguez Rodríguez).

KEYWORDS

Primary aldosteronism;
Adrenal vein bilateral catheterization;
Hypertension

Differential diagnosis of primary aldosteronism

Abstract Primary aldosteronism is considered one of the most common causes of secondary hypertension. Data indicate that it may occur in as many as 5-15% of patients with hypertension. Although it is still a considerable diagnostic challenge, recognising the condition is critical as primary aldosteronism associated hypertension can often be cured with the proper surgical or medical intervention. The diagnosis is generally 3-tiered, involving an initial screening, a confirmation of the diagnosis, and a determination of the specific subtype of primary aldosteronism.

The case is described of a patient with resistant hypertension and hypokalaemia. The initial tests included the measurement of plasma aldosterone levels and plasma renin activity, which is by Radioimmunoassay in our laboratory. In this case, the patient had an increased aldosterone/renin ratio, and the free aldosterone production was confirmed with an aldosterone suppression test (intravenous salt loading test). Once primary aldosteronism was confirmed, the subtype was determined to guide treatment. The initial test in subtype evaluation is computed axial tomography imaging (CAT) of the adrenal glands. Furthermore, if surgical treatment is considered, adrenal vein sampling is the most accurate method for distinguishing between unilateral and bilateral adrenal aldosterone production.

In this case is shown as the laboratory plays a fundamental role in the diagnosis of primary aldosteronism, in order to achieve the optimal treatment.

© 2017 AEEM, AEFA y SEQC. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Presentación del caso

Motivo de consulta. El paciente es derivado desde atención primaria a la consulta de Endocrinología para el estudio de hipopotasemia mantenida (K de 3,2 mM/l desde hace 7 años) con hipertensión refractaria.

Antecedentes personales. Varón de 55 años que presenta: diabetes tipo II controlada con tratamiento dietético, hipercolesterolemia, exfumador, sobrepeso de grado 2 y esteatosis hepática.

Como **antecedentes familiares**, el padre presenta diabetes mellitus tipo II.

El **tratamiento actual** que toma es: amlodipino, ramipril, atenolol, potasio y simvastatina.

En la **exploración física** el paciente se encuentra consciente, orientado y bien hidratado. PA: 150/80 mmHg; FC: 80 lpm; T_a: 36 °C. Murmullo vesicular conservado, sin soplos, sin masas ni megalias, ni signos de irritación peritoneal.

Respecto al **informe del laboratorio**, la bioquímica general y el hemograma son normales. El único resultado a reseñar es el K en suero, que es de 3,2 mM/l. La orina, tanto la bioquímica como el sedimento, resultan normales.

En la **tabla 1** se muestran una serie de pruebas bioquímicas que se determinan para el cribado de la hipertensión y que permiten descartar algunas causas endocrinas que causan hipertensión secundaria:

- Los valores normales de metanefrinas descartan el feocromocitoma.
- La determinación de la cortisoluria descarta el síndrome de Cushing.
- La determinación de la hormona estimulante del tiroides (TSH) y de la tiroxina libre (T4) descartan una causa tiroidea.

- Los resultados de la concentración plasmática de aldosterona (Ald) (25,6 ng/dl) y de la actividad de renina plasmática (ARP) (< 0,31 ng/ml/h) hacen sospechar de un hiperaldosteronismo primario (HAP). Ambos parámetros se determinan mediante radioinmunoanálisis. La ARP se expresa en ng/ml/h (angiotensina generada por ml de plasma y por unidad de tiempo).

El cociente Ald/ARP es en la actualidad la prueba de primera línea para el cribado del HAP, presentando una sensibilidad y una especificidad del 100 y del 84,4%, respectivamente^{1,2}. Los especímenes para la prueba deben obtenerse por la mañana, al menos 2 h después de que el paciente se haya levantado de la cama y tras 5-15 min de sedestación. Se recomienda realizar las pruebas de cribado a los siguientes pacientes^{3,4}:

- Hipertensión moderada/severa.
- Hipertensión resistente (PA > 140/90 mmHg a pesar de tratamiento con 3 fármacos antihipertensivos).
- Hipertensión e hipopotasemia.
- Hipertensión e incidentaloma suprarrenal.
- Hipertensión en menores de 20 años.
- Familiares de primer grado de pacientes con HAP.

El cociente Ald/ARP se considerará positivo cuando sea Ald ng/dl/ARP ng/ml/h > 30 con Ald > 15 ng/dl, teniendo en cuenta que los intervalos de referencia dependen del método utilizado y que los resultados dependen de una serie de factores preanalíticos que es preciso conocer y estandarizar, como son⁴:

- La ingesta de sal.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8543967>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8543967>

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