

¿CUÁL ES LA PREVALENCIA DE HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO EN EL SENO DE LA HIPERTENSIÓN RESISTENTE?

Douma S, Petidis K, Doumas M, Papaefthimiou P, Triantafyllou A, Kartali N, Papadopoulos N, Vogiatzis K, Zamboulis C.
Prevalence of primary hyperaldosteronism in resistant hypertension: a retrospective observational study. Lancet 2008;371:1921-6.

ANÁLISIS CRÍTICO: JOSÉ M^a ALCÁZAR

Servicio de Nefrología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.
nefroPlus 2008; 1(2):42-43

■ Diseño y seguimiento

Es un estudio retrospectivo, observacional, realizado durante 20 años en pacientes diagnosticados de hipertensión (HTA) resistente.

■ Población

Los pacientes estudiados en una Unidad de Hipertensión de un Departamento de Medicina Interna de la Universidad de Tesalónica (Grecia).

■ Intervención

Los criterios de hipertensión resistente, se basaron en un protocolo, que incluía a los pacientes tratados con tres fármacos a dosis plenas (uno de ellos diurético) y con cifras de PA >140/90 mmHg. A los que cumplían estos criterios (n = 1616), se les midió el cociente (valores plasmáticos) Aldosterona /Actividad Renina (AAR). El test fue positivo en 338 pacientes (cociente > 65,1 y aldosterona plasmática > 416 pmol/L) y a todos ellos se les administraron solución salina intravenosa durante 4 horas y Fludrocortisona/4 días, volviendo a repetir los valores de Aldosterona y Actividad de Renina. Un total de 182 pacientes cumplieron todos los criterios del protocolo antedicho. Sólo 83 pacientes tuvieron hipokaliemia (45,6%).

■ Variable de resultado

Es un trabajo retrospectivo y en estos 20 años los criterios de hipertensión refractaria se han modificado, Asimismo, la determinación de Aldosterona y de la Actividad de Renina, a través de radioinmunoanálisis ha sufrido cambios, siendo necesario en estos casos homologar los resultados.

La mayoría de los autores, para establecer le cociente AAR, expresan los datos de Aldosterona en ng/dl y la Actividad de Renina Plasmática en ng/ml/h, mientras que Douma y cols. los refieren en pmol/L y pmol/L/min. No hay información morfológica sobre las glándulas suprarrenales y no se hace referencia a la incidencia de adenomas o hiperplasias.

■ Estadística

Los test estadísticos fueron los adecuados y los resultados se expresan con claridad, tanto en el diagrama de selección como en las tablas de datos.

■ Resultados principales

Sobre un total de 1616 pacientes diagnosticados de hipertensión arterial resistente, se seleccionaron 338 (20,9%), que tenían un ARR >65,1 y niveles altos de Aldosterona en plasma. Se les aplicó después un test de supresión tras la expansión de volumen con salino y se repitieron los valores de Aldosterona y Renina. En 182 casos (11,3% del total) que se cumplieron los criterios preestablecidos se hizo el diagnóstico de hiperaldosteronismo primario. Todos fueron tratados con espirolactona, 400 mg/día, como dosis inicial y 12,5 a 50 mg/día de mantenimiento. La presión arterial se controló en todos ellos, lo que confirmó el diagnóstico de hiperaldosteronismo.

■ Conclusiones de los autores

Aunque en pacientes con HTA resistente la prevalencia de hiperaldosteronismo primario es alta, los datos de los autores la sitúan en una proporción sustancialmente inferior a la obtenida en otros trabajos. Estiman que el concepto de epidemia atribuido al hiperaldosteronismo primario no debe ser aceptado.

Clasificación

Subespecialidad: Hipertensión arterial

Palabras Clave: Hiperaldosteronismo; Aldosterona, Actividad de renina; hipertensión arterial

NIVEL DE EVIDENCIA : 2b GRADO de RECOMENDACIÓN B

(Levels of Evidence CEBM.- Universidad de Oxford : http://www.cebm.net/levels_of_evidence.asp)

¿CUÁL ES LA PREVALENCIA DE HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO EN EL SENO DE LA HIPERTENSIÓN RESISTENTE?

Comentarios

La prevalencia que hace 2-3 décadas se atribuía al hiperaldosteronismo como causa de HTA era muy baja, inferior al 1%. La introducción del cociente AAR, fue un excelente test para hacer una selección inicial de los pacientes. Con esta medida, la prevalencia se ha establecido entre 5 – 10%, que puede incrementarse hasta un 20% cuando la población estudiada corresponde a hipertensión refractaria o procede de centros especializados.

Un metanálisis, efectuado sobre 19 estudios, con un total de 10.396 pacientes, comprobó una gran variabilidad, con un cociente AAR elevado entre 5% y 39% de los pacientes estudiados, pero sólo se comprobó la presencia de adenomas en el 6,5% de los individuos. El cociente AAR tiene una fiabilidad limitada por lo que distintos autores han propuesto algunos datos para mejorar su precisión: 1) cociente ARR >100 con Actividad de Renina < 1,0 ng/ml/h, sería un criterio diagnóstico mayor y no harían falta pruebas de confirmación; 2) ARR > 50 y Actividad de Renina > 0,3 y < 1,0 ng/ml/h, tiene un alto valor diagnóstico, pero necesitaría pruebas de confirmación. 4) Los valores de ARR entre 20 – 50 tienen un valor relativo y exigen pruebas de confirmación.

Los test de confirmación mejor reconocidos son la prueba de supresión mediante una sobrecarga de solución salina y la administración de fludrocortisona durante 4 días, repitiendo después la determinación de Aldosterona y Actividad de Renina. Además, son imprescindibles las pruebas de imagen e incluso, en algunos casos, la extracción de sangre de venas suprarrenales para establecer la diferencia entre adenoma o hiperplasia.

Ante el incremento en los últimos años del número de casos de hiperaldosteronismo primario, distintos autores se han preguntado si no se debería incluir en el estudio de la población hipertensa general una determinación de Aldosterona y Renina. En el momento actual no existe consenso y las recomendaciones de las Guía Europea de Hipertensión del 2007 limitan su indicación a la población con HTA refractaria confirmada mediante MAPA y por supuesto a los casos con HTA e hipopotasemia en ausencia de diuréticos. También, en el despistaje de masas adrenales (incidentalomas).

Bibliografía:

Rossi G. Primary aldosteronism an update on screening, diagnosis and treatment.

J. Hypertension 2008; 26:1709-1711.

Kaplan NM. Is there an unrecognized epidemic of primary aldosteronism?

Hypertension 2007;50:447-453.

Pimenta E, Calhoun DA. Primary aldosteronism: diagnosis treatment. *J Clin Hypertens* 2006; 8:887–893.

Martínez Deben F. Es conveniente el despistaje del hiperaldosteronismo en el paciente hipertenso. *Hipertensión* 2004; 21:119-126.

Conclusiones de los revisores

A pesar de las limitaciones de un estudio retrospectivo, lo más interesante del trabajo, es que la prevalencia de hiperaldosteronismo en una población hipertensa refractaria es de un 11%, inferior a cifras publicadas por otros autores. La selección de los pacientes está realizada con rigor.