

## Hiperaldosteronismo primario

Categoría: 1 tema en 1 minuto

Publicado: Viernes, 01 Septiembre 2017 14:38

Escrito por: Endoweb

Visitas: 16378

---

Hiperaldosteronismo primario (HA)

# Hiperaldosteronismo primario

Categoría: 1 tema en 1 minuto

Publicado: Viernes, 01 Septiembre 2017 14:38

Escrito por: Endoweb

Visitas: 16378

## HIPERALDOSTERONISMO - Primario -

El hiperaldosteronismo primario (HPA) se caracteriza por producción inapropiadamente elevada de aldosterona, relativamente autónoma del SRAA y no suprimible por una carga sódica. Suele presentarse con HTA, daño cardiovascular, retención de sodio y pérdida urinaria de potasio que puede llevar a hipokalemia.

### ALGORITMO PARA LA DETECCIÓN, CONFIRMACIÓN, CLASIFICACIÓN DE SUBTIPO Y TRATAMIENTO DE HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO

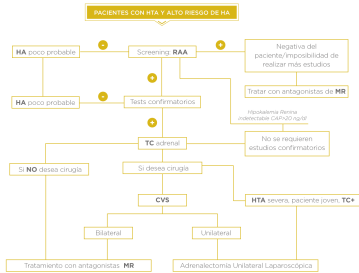


Tabla 1. Valores de corte de la RAA, según el ensayo utilizado y la medición de CAP, ARP o CDR, en sistema convencional o internacional (SI)

	ARP ng/ml/h	ARP pmol/s/min	CDR mU/L (a)	CDR ng/L (a)
CAP (ng/dl)	20	1.6	2.4	3.8
	30	2.5	3.7	5.7
	40	3.1	4.9	7.7
CAP (pmol/L)	750	60	91	144
	1000	80	122	192

Nota: Valores mostrados en base a un factor de conversión de ARP (ng/ml/h) a CDR (mU/L) de 0.2. Puntualmente se ha modificado un ensayo automatizado de CDR con factor de conversión 0.2.

**IMPORTANTE:** Para medir la relación RAA y test confirmatorios es mandatorio que el paciente realice dieta con consumo libre de sodio, normokalemia, y evitar durante el estudio 4 semanas: diuréticos perdidores y ahorradores de sodio, y derivados del resaca. En mujeres, evitar el uso de anticonceptivos orales o terapia de reemplazo hormonal, ya que la medicación con estrógenos puede generar falsos positivos. Si el resultado no es concluyente, repetir otros fármacos que puedan afectar (Tabla 2).

Tabla 2. Factores que pueden generar falsos positivos o negativos en la RAA.

Factor	Efecto sobre niveles de aldosterona	Efecto sobre nivel de renina	Efecto en RAA
<b>FÁRMACOS</b>			
Bloqueantes	D	DD	A (FP)
Agonistas centrales (clonidina, α-metil dopa)	D	DD	A (FP)
AINEs	D	DD	A (FP)
Diuréticos perdidores de K+	S/C/A	AA	D (FN)
Diuréticos ahorradores de K+	A	AA	D (FN)
IECA	D	AA	D (FN)
BAT II	D	AA	D (FN)
Bloqueantes cálcicos (dihidropiridinas)	S/C/D	A	D (FN)
Inhibidores de renina (i)	D	D/A	A (FP/D) (FN)
<b>STATUS DE K+</b>			
Hipokalemia	D	S/C/A	D (FN)
Sobrecarga de K+	A	S/C/D	U
<b>CONTENIDO DE SODIO EN DIETA</b>			
Restricción de Na+	A	AA	D (FN)
Sobrecarga de Na+	D	DD	A (FP)
<b>EDAD AVANZADA</b>			
	B	DD	A (FP)
<b>MUJERES PREMENOPAUSICAS</b>			
(vs hombres) (b)	S/C/A	D	A (FP)
<b>OTRAS CONDICIONES</b>			
Enfermedad renal	S/C	D	A (FP)
HA2	S/C	D	A (FP)
Embarazo	A	AA	D (FN)
Hipertensión renovascular	A	AA	D (FN)
Hipertensión maligna	A	AA	D (FN)

Nota: Los inhibidores de renina disminuyen la ARB, pero aumentan CDR, por lo que pueden dar un falso positivo en la RAA si se mide renina como ARB, y falso negativo si se mide como CDR.

Nota: En mujeres premenopáusicas la CAP aumenta cuando se ha estado en una anticoncepción hormonal en el tiempo. Por lo tanto, pueden observarse resultados falsos positivos, si la renina se mide como CDR, no como ARB.

Tabla 3. Test confirmatorios.

Test	Interpretación	Comentarios
<b>Sobrecarga con Na+</b> + Dieta de libre de sodio + En normokalemia + Aldosterona en orina de 24 h menor de 1 μg	- Aldosterona < 12 μg (1000 CDR) o - Na < 100 mmol (1000 CDR) en orina de 24 h + H+ (pH < 5.5) en orina de 24 h	+ D en HTA grave sin control, IRC, anemia/hipokalemia severa
<b>BT (Test de relación Salina)</b> + Prueba realizada con dieta de libre de sodio + Prueba de 24 h de 100 μg de NaCl + Prueba de 24 h de 100 μg de NaCl + Prueba de 24 h de 100 μg de NaCl + Prueba de 24 h de 100 μg de NaCl	+ CAP que aumente (que aumente) + Logaritmo + H+ (pH < 5.5) en orina de 24 h + Prueba de 24 h de 100 μg de NaCl + Prueba de 24 h de 100 μg de NaCl	+ D en HTA grave sin control, IRC, anemia/hipokalemia severa
<b>BT (Test de relación con Fludrocortisona)</b> + Prueba realizada con dieta de libre de sodio + Prueba de 24 h de 100 μg de NaCl + Prueba de 24 h de 100 μg de NaCl + Prueba de 24 h de 100 μg de NaCl	+ CAP < 4 ng/ml (16.4 μg) en 10 min + Logaritmo + H+ (pH < 5.5) en orina de 24 h + Prueba de 24 h de 100 μg de NaCl + Prueba de 24 h de 100 μg de NaCl	+ D en HTA grave sin control, IRC, anemia/hipokalemia severa
<b>Test de captopril</b> + 25 mg de captopril oral o 50 mg por 1 h + Dieta de libre de sodio, normokalemia + 30 min (captopril normal)	+ CAP con < 15% normal + H+ (pH < 5.5) en orina de 24 h + Prueba de 24 h de 100 μg de NaCl	+ Falso negativo, resultados confiables

The Management of Primary Aldosteronism: Case Detection, Diagnosis, and Treatment: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. Funder, JM, et al. J Clin Endocrinol Metab. 2016;116(5):1033-1054.

HA: hiperaldosteronismo primario | SRAA: sistema renina-angiotensina | RAA: relación aldosterona/renina | CAP: concentración de aldosterona en plasma | ARB: actividad de renina plasmática | CDR: concentración directa de renina (plasma) | TC: tomografía computarizada | CVS: clasificación de subtipo | FP: falso positivo | FN: falso negativo | A: aumento | D: disminución | AA: aumento o disminución | S/C: sin cambios | DD: disminución | U: no se requiere estudio confirmatorio | E: estrógenos | AIN: antiinflamatorios no esteroideos | IECA: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina | BAT II: bloqueadores de receptores de angiotensina II | A: aumento | S/C: sin cambios | FP: falso positivo | FN: falso negativo



## Hiperaldosteronismo primario

Categoría: 1 tema en 1 minuto

Publicado: Viernes, 01 Septiembre 2017 14:38

Escrito por: Endoweb

Visitas: 16378

---

