Hiperaldosteronismo primario

Categoría: 1 tema en 1 minuto
Publicado: Viernes, 01 Septiembre 2017 14:38
Escrito por: Endoweb
Visitas: 17385

Hiperaldosteronismo primario (HA)

Phoca PDF

Hiperaldosteronismo primario

Categoría: 1 tema en 1 minuto
Publicado: Viernes, 01 Septiembre 2017 14:38
Escrito por: Endoweb
Visitas: 17385

HIPERALDOSTERONISMO
- Primario -

El Hiperaldosteronismo primario (HA) se caracteriza por producción inapropiadamente elevada de aldosterona, relativamente autónoma del SRAA y no suprimible por una carga sodio. 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

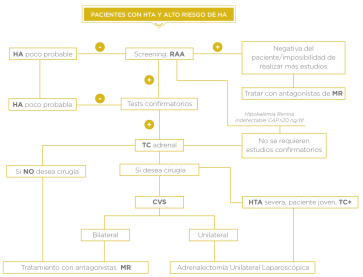


Tabla 1. Valores de corte de la RAA, según el ensayo utilizado y la medición de CAP, ARP o CDR, en sistema convencional o internacional (SI)

	APR ng/ml/H	ARP pmol/l/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

(a). Valores mostrados en base a un factor de conversión de ARP (ng/ml/h) a CDR (mU/L) de 8,2. Recientemente se ha introducido un ensayo automatizado de CDR con factor de conversión 12.

IMPORTANTE: Para medir la relación RAA y test confirmatorios es mandatorio que el paciente realice dieta con consumo libre de sodio, normokalemia, y retirar durante al menos 4 semanas: diuréticos perdedores y ahorradores de potasio, y derivados del regaliz. En mujeres, investigar 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, retirar otros fármacos que puedan afectarla (Tabla 2).

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

Factor	Efecto sobre niveles de aldosterona	Efecto sobre niveles de renina	Efecto en RAA
FÁRMACOS			
B-bloqueantes	D	DD	A (FP)
Agonistas centrales (clonidina, α-metil dopa)	D	DD	A (FP)
AINEs	D	DD	A (FP)
Diuréticos perdedores 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 (a)	D	D-A	A (FP)/D (FN)
STATUS DE K+			
Hipokalemia	D	S/C -A	D (FN)
Sobrecarga de K+	A	S/C -D	U
CONTENIDO DE SODIO EN DIETA			
Restricción de Na+	A	AA	D (FN)
Sobrecarga de Na+	D	DD	A (FP)
EDAD AVANZADA			
	D	DD	A (FP)
MUJERES PREMENOPÁUSICAS			
(vs hombres) (b)	S/C-A	D	A (FP)
OTRAS CONDICIONES			
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)

(a). Los inhibidores de renina disminuyen la APR, pero aumentan CDR, por lo que podrían dar un falso positivo en la RAA si se mide renina como APR, y falso negativo si se mide como CDR.
(b). En mujeres pre-menopáusicas la CAP aumentan durante la fase lútea, en una proporción mucho mayor a la renina. Por lo tanto, pueden observarse resultados falsos positivos, si la renina es medida como CDR, no como ARP.

Tabla 3. Test confirmatorios.

Test	Interpretación	Comentarios
Sobrecarga oral de Na+ • 6 g/día de sodio por 3 días • En normokalemia • Aldosterona en orina de 24 h (entre días 3 y 4)	• **Aldosteronuria > 12 ug** (Mayo Clinic) o **10 ug/24 h** (Cleveland Clinic): HA probable • < 10 ug/24 h: HA poco probable	• Cr en HTA severa sin control, IRC, arritmia o hipokalemia severa
SIT (Test de Infusión Salina) • Paciente recostado (1 h antes y durante la infusión) • Infusión de 2L de SF en 4 h (desde 8 h-12 am) • Dosaje de renina, CAP, cortisol, K+ basal, y a las 4 h. *La prueba con paciente sentado parece tener mayor S.*	• CAP post-infusión (paciente recostado): **< 5 ng/dl** descarta HA **> 10 ng/dl HA probable*** 5-10 ng/dl indeterminado Valor de corte 6,8 ng/dl mejor S y E • Paciente sentado: **aldosterona >6 ng/dl** confirma HA	• Cr en HTA severa sin control, IRC, arritmia o hipokalemia severa
FST (Test de supresión con fludrocortisona) • 0,1 mg de fludrocortisona (.05 hyper 4 días, con suplementos de KCl, con dosaje (K+ y NaCl) y dieta libre de sal (hasta ≥2 mmol/kg). • Día 4: CAP, ARP, a las 10 am (paciente sentado) y cortisol 7 y 10 am	• **CAP > 6 ng/dl (día 4, 10 am), ARP < 1ng/ml/h: Confirma HA** Cortisol 10 am < 7 am.	• Mayor S. • Menos invasivo que SIT, con menos probabilidad de ativación en aldosterona no dependientes de renina • Controla factores de confusión (salemia, ACTH) • Segura en centros especializados
Test de captopril 25-50 mg de captopril sentados o de pie por 1h. Dosaje de ARP, aldosterona, cortisol basales y 1-2h post captopril (sentado)	• CAP/ rac > 10%: Normal **HA: ARP suprimida con CAP elevada** HAI: puede disminuir CAP	• Falsos negativos. Resultados confusos

The Management of Primary Aldosteronism: Case Detection, Diagnosis, and Treatment: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. Funder JW, et al. J Clin Endocrinol Metab 2016 May;101(5):1889-916.

HA: *hiperaldosteronismo primario* | **HAI:** *hiperplasia adrenal* | **RAA:** *relación aldosterona/renina plasmática* | **CAP:** *concentración de aldosterona en plasma* | **ARP:** *actividad de renina plasmática* | **CDR:** *concentración directa de renina en plasma* | **TC:** *tomografía computada* | **CVS:** *catéterismo venoso suprarrenal* | **MR:** *receptor mineralocorticoide* | **S:** *sensibilidad* | **E:** *especificidad* | **IRC:** *insuficiencia renal crónica* | **HTA:** *hipertensión arterial* | **CI:** *contraindicación* | **AINEs:** *antiinflamatorios no esteroides* | **IECA:** *inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina* | **BAT II:** *bloqueantes de receptores de angiotensina II* | **A:** *aumenta* | **D:** *disminuye* | **S/C:** *sin cambios* | **FP:** *falso positivo* | **FN:** *falso negativo*

© 2017. IDIM SA. TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS. PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL.

IDIM

Phoca PDF

Hiperaldosteronismo primario

Categoría: 1 tema en 1 minuto
Publicado: Viernes, 01 Septiembre 2017 14:38
Escrito por: Endoweb
Visitas: 17385



Phoca PDF