

Evaluación del hiperaldosteronismo

Angelisa Bonilla de Franceschini, MD

Patóloga clínica y anatómica
Director Médico Laboratorios Borinquen.

Directora Dpto. de Patología,
Universidad Central del Caribe.



“La preocupación principal en el ejercicio de la medicina es definir cuál es la mejor explicación para los síntomas que refiere el paciente, o detectar condiciones que aún no presentan síntomas; siendo la mayor trascendencia el tratar al paciente con la mejor evidencia científica asociada a su problema, y así evitar causar daño en el proceso”.*

Hipertensión e hiperaldosteronismo

Las estadísticas reflejan que solo del 5 al 10% de los pacientes hipertensos tienen hiperaldosteronismo. La causa puede ser un adenoma unilateral (síndrome de Conn) o hiperplasia cortical nodular bilateral adrenal. La usual es hallar alcalosis metabólica e hipokalemia (si el paciente está en una dieta baja de sodio podría no haber hipokalemia).

Discontinuar medicamentos y sal

La evaluación inicial requiere discontinuar los medicamentos que afecten la renina, la aldosterona, y los diuréticos; por ejemplo, antihipertensivos, estrógenos, vasodilatadores, inhibidores ACE, beta- bloqueadores, esteroides, clonidina (alfa-2 agonista), reserpina, hidralazina, laxantes, espironolactona, pastillas anticonceptivas y otros. Los medicamentos deben discontinuarse por un tiempo mayor a 5 vidas medias. Se debe evitar el ejercicio y el estrés, ya que estos estimulan la secreción adrenocortical. En aquellos pacientes en dieta baja en sal, se comenzará con 6 g de sal/día a menos que se encuentre en fallo congestivo cardiaco.*

Pruebas de laboratorio y resultados

Se solicitará orina de 24 horas para determinar los niveles de potasio (K). Al iniciar la colección, se debe descartar la primera emisión de la mañana. Las emisiones se preservarán en un envase apropiado (sin preservativo alguno).

Si el potasio (K) es menor de 30 mmol en 24 horas, el hiperaldosteronismo estaría descartado. Si es mayor a

30 mmol, se debe pedir niveles en la mañana (acostado) de renina y aldosterona, y una segunda muestra erguido (de pie) luego de estar en movimiento por 4 horas. Las pruebas de renina y aldosterona se pueden obtener en una colección de orina de 24 horas, eliminando así las fluctuaciones de corta duración y siendo así más certeros.

Niveles de aldosterona alta y de renina alta son consistentes con hiperaldosteronismo **secundario**. Cuando la renina está disminuida, se considera hiperaldosteronismo **primario** (*la aldosterona alta apaga el sistema renina-angiotensina*).*

Al discontinuar un diurético o cuando a un paciente con restricción de sodio se le cambia a una dieta alta en sodio y se le pide un nivel de potasio en suero, y si no se demuestran niveles bajos o hipokalemia, el hiperaldosteronismo estaría descartado. Estos pacientes usualmente tienen niveles de renina y aldosterona dentro del rango de referencia o bajos. Algunas causas de hiperaldosteronismo secundario son hipovolemia, embarazo o uso de estrógenos, hiponatremia (abuso de laxantes o diuréticos), fallo cardiaco congestivo, entre otras.

Fluctuaciones de la aldosterona

Variación diurna: niveles pico, temprano en la mañana; acabando el día bajan al 50%.

Posición corporal: aldosterona en plasma está marcadamente elevada cuando se está erguido.

Dieta: dieta alta en sodio, nivel de aldosterona bajo; dieta baja en sal, aldosterona alta (en plasma y orina). Dietas con potasio alto o bajo demuestran el efecto contrario que con sodio.

Variaciones por laboratorio

Se debe considerar el rango de referencia del laboratorio para interpretar los resultados, al igual que los cambios en metodología que podrían surgir, principalmente, al comparar con resultados previos. 