Resumen de Caso Clínico
Servicio de Endocrinología del Centro Médico Naval
“Cirujano Mayor Santiago Távara”

Paciente DVGA, varón de 18 años, natural y procedente de Lima, sin antecedentes patológicos, antecedente quirúrgico de Hernia inguinal e hidrocele operados en el 2002, que acude con un tiempo de enfermedad de 2 semanas.

Paciente refiere que mientras acompañaba a su padre a su cita por cardiología, le pide al auxiliar de enfermería que le tome la presión para saber cuánto tenía de presión y se descubre incidentalmente presión de 170/100mmHg, por lo que acude al servicio de Cardiología, donde le hacen un examen de presiones arteriales ambulatoria en 24 horas, donde se confirma el caso de una hipertensión arterial, iniciando tratamiento con enalapril 20mg cada 24 horas.

Cardiología envía una serie de exámenes para descartar causas secundarias debido a la edad del paciente, entre las cuales destacan ecografías tiroideas con presencia de nódulos tiroideos bilaterales; ecografías renales donde se encuentra incidentalmente una imagen nodular en glándula suprarrenal izquierda de 32x17mm, por lo que se decide interconsulta al servicio de endocrinología.

El servicio de endocrinología evalúa el caso del paciente, solicitándole exámenes laboratoriales con el fin de descartar un caso de feocromocitoma versus hiperaldosteronismo primario; la tomografía abdomino pélvica con contraste encuentra una glándula suprarrenal engrosada, informándolo como un probable adenoma versus hiperplasia adrenal. Las hormonas tiroideas se encuentran en niveles normales, las metanefrinas se encuentran en niveles normales, los niveles de aldosterona sérica, según el punto de corte del laboratorio de referencia, se encuentra por encima de los valores normales, mientras que el valor de la actividad de la renina plasmática se encuentra en valores normales. Se sospecha de un caso de hipertensión secundaria debido a hiperaldosteronismo primario, por lo que al mes se le repite los exámenes hormonales en un laboratorio de referencia diferente, encontrándose valores de Aldosterona sérica dentro de lo normal. Por la discordancia de los exámenes auxiliares se decide enviar un tercer set hormonal para control del paciente.

De encontrarse nuevamente valores de aldosterona elevados, con una marcada elevación de la relación aldosterona sérica / actividad de renina, se planteara la posibilidad de hacer una medición de aldosterona a través de cateterismo de ambas venas adrenales para definir la característica unilateral, que nos llevara a una adrenalectomía izquierda como solución final del hiperaldosteronismo primario, o bien se definirá como bilateral y se planteara la opción de manejo medico con antagonistas de aldosterona.