

**SCREENING DE HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO DIFERENCIADO EN MUJERES:
ESTUDIO PRELIMINAR****MARÍA GABRIELA UGARTE¹, ALEJANDRA TAPIA¹, JORGE PÉREZ¹, LORENA HERNÁNDEZ¹,
GABRIELA DOBERTI¹, CARLOS FARDELLA¹, CRISTIAN CARVAJAL¹****¹Departamento de Endocrinología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile****Contenido:**

El hiperaldosteronismo primario (HAP) es la causa más prevalente de hipertensión arterial secundaria, siendo responsable del 6-10% de estos casos. La razón aldosterona/actividad de renina plasmática (ARR) es la prueba de tamizaje recomendada para la detección de HAP según las guías de la Endocrine Society. Algunos estudios recientes proponen puntos de corte diferenciados por género para la sospecha diagnóstica de HAP. Sin embargo, a la fecha no existe una propuesta clara ni parámetros bioquímicos que apoyen un algoritmo diagnóstico diferenciado ante la sospecha de HAP.

Objetivo: (1) Identificar los valores de aldosterona, actividad de renina plasmática (ARP) y la ARR en sujetos HAP de acuerdo a su género. (2) Evaluar marcadores bioquímicos que apoyen el desarrollo de un algoritmo diagnóstico de HAP diferenciado.

Metodología: Estudio de corte transversal en sujetos HAP provenientes de una cohorte de 132 sujetos adultos. Todos los sujetos tuvieron una dieta de sodio *ad libitum* y se excluyó mujeres con uso de anticonceptivos orales. Se determinaron los valores de la aldosterona, renina y la ARR en suero. También se determinó la fracción excretada de sodio (FENA) y potasio (FEK). Los criterios de screening para HAP se basaron en sujetos con Aldosterona > 9 ng/dl y ARP <1 ng/ml*h. Se determinó leptina, marcadores recientemente reportados como marcadores de actividad mineralocorticoide por aldosterona como NGAL y ORM1, y la concentración de vesículas extracelulares en orina (uEVs). Las comparaciones estadísticas se realizaron utilizando la prueba T de Mann-Whitney (Prism v8.0).

Resultados: Se identificaron 23 sujetos con criterios HAP de los cuales 13 eran mujeres y 10 hombres, edad 48,3 vs 43,4 (p = NS) respectivamente, y presión arterial e IMC similar. Se observó que la ARP es menor en mujeres que en hombres (0,4 [0,2-0,7] vs 0,8 [0,6-0,9] ng/ml*hr; p = 0.021), sin embargo, la aldosterona y la ARR son similares en ambos géneros. Se detectaron mayores niveles de la FEK (24h) en mujeres HAP (9,2 [7,8-11,4] vs 7,3 [5,8 - 8,3] %; p = 0.01), pero no se observaron diferencias en el FENa (%) (p = NS). La leptina plasmática es mayor en mujeres que en hombres (18,1 [13,3-20,3] vs 5,4 [2,5-8,1] ng/mL; p = 0,002). Lipocalinas NGAL y ORM1 no presentan diferencias significativas entre hombres y mujeres HAP (p = NS). Las mujeres HAP tienen en promedio el doble de uEVs que hombres (27241 vs 13589 partículas/umol creatinina; p = 0,04).

Conclusión: Detectamos una menor ARP junto con una mayor FEK, leptina y concentración de uEVs en mujeres que hombres HAP. Este hallazgo sugiere una respuesta fisiopatológica diferenciada entre género ante el exceso de aldosterona. Estos parámetros podrían ser integrados en un algoritmo diagnóstico diferenciado de HAP.

Financiamiento: SOCHED 2019-09 (CAC); ANID-FONDECYT 1212006 (CAC) y 3200646 (ATC); CONICYT-FONDEQUIP EQM150023 (CAC); ANID-Millennium Science Initiative Program- IMII P09/016-F, ICN09_016 (CEF).