

OFTALMOLOGÍA

RETINOPATÍA HIPERTENSIVA ASOCIADA A HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO E HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO EN UN GATO

E. Abarca, R. Obrador, J. M. Closa, A. Font

Hospital Ars Veterinaria

Caso clínico

Introducción

El hiperaldosteronismo primario es una enfermedad endocrina producida por una secreción anormal de aldosterona. Se puede producir por un adenoma, adenocarcinoma o hiperplasia de la glándula. El hiperaldosteronismo primario en gatos es raro, sólo 19 casos han sido descritos. La función principal de la aldosterona es la regulación del sodio y potasio. Así, los signos clínicos más frecuentes se asocian a sus alteraciones; hipocalemia e hipernatremia. Como consecuencia de la hipernatremia se produce además aumento del volumen extracelular e hipertensión sistémica. Se presenta en consulta Gnomu, un gato persa de 9 años de edad. El motivo de consulta es desorientación aguda y ceguera. El examen general y neurológico mostraba la presencia de ritmo de galope, estado mental alterado, marcha en círculos hacia la derecha y además el paciente sufrió un ataque tónico-clónico durante la exploración. El examen ocular demostraba repuesta a la amenaza negativa, pupilas dilatadas con reflejo pupilar directo y consensuado nulo en ojo derecho e incompleto en ojo izquierdo. La exploración con lámpara de hendidura de anejos y tracto anterior no demostró alteraciones. Se realizó la medición de la PIO con tonómetro de aplanación con resultados normales. La oftalmoscopia indirecta del fondo de ojo permitió localizar lesiones de retinopatía hipertensiva con múltiples focos de edema subretiniano y exudados periarteriales. Como exámenes complementarios se realizó la medición de la presión arterial sis-

témica con un resultado de 220 mmHg. Las conclusiones de la hematología, bioquímica y urianálisis fueron: severa hipercalcemia con moderada azotemia renal y muy severa hipernatremia. Se realizó una ecografía abdominal en la que se observó urolitiasis vesical y aumento bilateral del tamaño de las glándulas adrenales. La ecocardiografía demostró la presencia de cardiomiopatía hipertrofica moderada. Ante el diagnóstico diferencial de hipertensión sistémica en un gato se realizaron otras pruebas complementarias específicas. El nivel de T4 sérica fue normal. El valor de aldosterona plasmática fue claramente elevada 282.5 pmol/L (3.5-11.1) y junto a la presencia de bajo nivel de renina plasmática 0,5 ng/ml (0,4-1,9), permitió diagnosticar hiperaldosteronismo primario. El ratio aldosterona/ renina era claramente elevado 564 (0,3-6,3). El nivel de hipercalcemia junto a un nivel de PTH normal alto, es diagnóstico de hiperparatiroidismo secundario. Como tratamiento de urgencia se planteó el control de la presión arterial con amlodipidina besilato 0,625 mg PO /24 horas y control de la hipernatremia con fluidoterapia. A las 48 horas tras el ingreso, los signos clínicos desaparecen, y la exploración del fondo de ojo es normal, el sodio y presión arterial estaban dentro de los valores normales. En el día 10 se suma como tratamiento la espironolactona a 1 mg/kg / 24 horas.

Discusión

La causa más frecuente de retinopatía hipertensiva en gatos es hipertensión

sistémica primaria o secundaria. Dentro de la hipertensión sistémica secundaria: enfermedad renal, hipertiroidismo, anemia crónica, diabetes mellitus, arteriosclerosis, dieta rica en sal, acromegalia, hiperadrenocorticism, feocromocitoma, hiperaldosteronismo primario, y tratamientos con eritropoyetina o acetato de megestrol. En nuestro caso, la detección de la hipertensión junto a los hallazgos ecográficos y la hipernatremia con hipocalemia, hacía al hiperaldosteronismo primario uno de los diagnósticos más probables. La confirmación del diagnóstico se realizó gracias a una detección de concentración de aldosterona plasmática elevada con renina plasmática disminuida. El ratio aldosterona/renina es el resultado más útil en el momento del diagnóstico. Un ratio por encima de 50 es diagnóstico de esta enfermedad en medicina humana. El hiperaldosteronismo primario produce un balance negativo del calcio que predispone al hiperparatiroidismo secundario. Sin embargo en nuestro caso no podemos concluir si éste está asociado a la enfermedad renal o al hiperaldosteronismo primario. La presentación clínica de nuestro paciente con ceguera y ataques tónico-clónicos se puede explicar por la hipernatremia aguda con la consecuente expansión del volumen del fluido extracelular e hipertensión secundaria asociada al hiperaldosteronismo primario.

Bibliografía en Libro de Ponencias y Comunicaciones 42 Congreso Nacional AVEPA