

USO DE CLEVIDIPINO EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL REFRACTARIA A TRATAMIENTO POR HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO. USO INTRAQUIRÚRGICO Y EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Isabel Aisa Gasca, Juan Jesús Collado Gutiérrez, José Julián Berruga Corredor, Javier Hernández Laforet, José de Andrés Ibáñez

Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital General Universitario de Valencia

Resumen

Presentamos dos casos de pacientes con hiperaldosteronismo primario en periodo perioperatorio y de cuidados intensivos. El primer caso corresponde a un paciente varón de 66 años con antecedente de hiperaldosteronismo primario (HAP) por hiperplasia adrenal idiopática no intervenida que requiere ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) a consecuencia de un shock hipovolémico. Tras la estabilización inicial se evidencia una tendencia progresiva a la hipertensión arterial (HTA) refractaria al tratamiento que no se logra optimizar hasta la introducción de clevidipino intravenoso. El segundo caso corresponde a una mujer de 57 años con hiperaldosteronismo primario (intervenida de suprarrenalectomía unilateral) que presenta, en el contexto de una intervención programada, una crisis hipertensiva refractaria a tratamiento antihipertensivo con necesidad de perfusión de clevidipino para su control.

Palabras clave

Hipertensión, hiperaldosteronismo, clevidipino.

Introducción

El HAP es una causa infradiagnosticada de HTA refractaria al tratamiento. Se caracteriza por una disregulación con un aumento de la producción de aldosterona en la corteza adrenal. Más del 90 % de los casos de HAP se atribuyen a una hiperplasia adrenal idiopática (HAI) o a adenomas productores de aldosterona (APA). Los estudios han reportado una prevalencia de HAP entorno al 10 % de los pacientes con HTA y cercano al 20 % de los pacientes con HTA refractaria, pese al tratamiento con 3 o más agentes

antihipertensivos¹. Se presentan dos casos de HTA refractaria al tratamiento cuyo manejo óptimo fue mediante perfusión de clevidipino en contexto perioperatorio.

Casos

El primer caso corresponde a un paciente varón de 66 años con antecedentes de HAP por HAI no intervenido, enfermedad renal crónica estadio III y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Acude al hospital para la realización de una biopsia hepática de una lesión sugestiva de malignidad. Tras el procedimiento el paciente es dado de alta a sala de hospitalización donde comienza con un cuadro de hipotensión refractaria con anemización progresiva. Finalmente ingresa en UCI con diagnóstico de shock hipovolémico por hemoperitoneo secundario a sangrado hepático post-biopsia. En este contexto, el paciente presenta un fallo hepático agudo junto con una reagudización de su insuficiencia renal. Tras seis días de ingreso, con resolución del shock hipovolémico y mejoría clínica, el paciente comienza con HTA progresiva con cifras máximas de 192/100 mmHg pese a tratamiento con carvedilol 12,5 mg/12 h, amlodipino 10 mg/24 h, valsartán 160 mg/24 h, tiazida 25 mg/12 h, doxazosina 8 mg/24 h y furosemida 10 mg/6 h. Ante la refractariedad del cuadro se inicia perfusión de clevidipino a 2 mg/h con aumento progresivo hasta un máximo de 14 mg/h, logrando mejoría paulatina de los valores tensionales. Se añade triple terapia antihipertensiva y se retira perfusión de clevidipino tras 48 h.

El segundo caso corresponde a una mujer de 57 años intervenida de manera programada de retirada de material de osteosíntesis tras cirugía de artrodesis y fusión lumbar previa por mal control del dolor. La paciente presenta como antecedente personal HAP



de mal control con triple terapia antihipertensiva resuelto tras la realización de una suprarrenalectomía unilateral. Durante el perioperatorio la paciente presenta crisis hipertensiva con presión arterial >180/110 mmHg. Manejo inicial con aumento de fármacos opioides en posible relación con cirugía muy dolorosa + urapidilo iv (25 mg). Ante la falta de respuesta a tratamiento, escalada progresiva con administración de labetalol iv + nitroglicerina iv. Ante persistencia de HTA refractaria a tratamiento, se inicia perfusión de clevidipino a dosis iniciales (4 ml/h = 2 mg/h) precisando subir a 8 ml/h. Posterior a la administración de este, hay un control progresivo de la HTA que permite retirada de nitroglicerina iv. La paciente sale a Unidad de Recuperación Postanestésica con clevidipino en perfusión continua intravenosa (PCIV) donde se puede retirar progresivamente hasta resolución del cuadro.

Discusión

El clevidipino es una dihidropiridina que actúa bloqueando los canales de calcio tipo L a nivel selectivo en el músculo liso arterial. Su mecanismo de acción de corta duración, junto con un metabolismo rápido mediante esterasas plasmáticas, le confiere ventaja sobre el nicardipino o la nitroglicerina en pacientes que requieren un control estrecho de la presión arterial con poco margen². El aclaramiento no depende de la función hepática ni renal, por lo que lo hace un

fármaco ideal en el manejo hemodinámico del paciente crítico con afectación multiorgánica, como en el primer caso presentado. De igual manera, la vida corta farmacológica con una semivida terminal de 15 minutos permite un control estrecho en episodios de HTA agudos con necesidad de manejo rápido del mismo, pero sin requerir un mantenimiento posterior como en el segundo caso presentado³.

Como conclusión, el uso de clevidipino parece idóneo para el manejo de la HTA refractaria a tratamiento en contexto de HAP, tanto en crisis agudas de menor duración como en HTA con necesidad de perfusión durante varios días.

Bibliografía

1. Lee FT, Elaraj D. Evaluation and management of primary hyperaldosteronism. *Surg Clin North Am.* 2019;99(4):731-45.
2. Espinosa A, Ripollés-Melchor J, Casans-Francés R, Abad-Gurumeta A, Bergese SD, Zuleta-Alarcon A, et al. Perioperative use of clevidipine: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2016;11(3):e0150625.
3. Deeks ED, Keating GM, Keam SJ. Clevidipine: A review of its use in the management of acute hypertension. *Am J Cardiovasc Drugs.* 2009;9(2):117-34.