

Presentación clínica de un paciente con Reninoma

Comentario del artículo: Approach to the Patient: Reninoma. Hayes AG, et al. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 2024.

Dra. Susana Lupi

Jefa de sección Endocrinología oncológica de la División endocrinología del Hospital Ramos Mejía, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El trabajo comienza presentando una joven mujer con HTA e hipokalemia en la cual un laboratorio cuidadoso (ya que el enfriamiento de las muestras produce crioactivación y conversión in vitro de prorenina en renina, lo que puede resultar en una elevación falsa significativa de los niveles de renina medido tanto por la actividad de renina plasmática como por concentración activa de renina) descarta un Hiperaldosteronismo Primario; además se descartaron otras causas de HTA hormonal.

A posteriori los autores, comienzan el estudio a fin de diferenciar la causa más frecuente de Hiperaldosteronismo Secundario (descartado el uso de diuréticos) como es la HTA renovascular (incluida la displasia fibromuscular) del Reninoma, causa mucho menos frecuente pero que como vemos ocurre.

La clínica, edad de aparición, la ausencia de demostración de aterosclerosis en otros sitios) la no evidencia de estenosis o displasia por ecografía o por angiografía renal por TC, así como la evidencia de imágenes por RM de señal hipointensa en T1 e hiperintensa en T2 de esta lesión cortical renal en comparación con el parénquima renal circundante, y un tabique interno realzado, hizo sospechar en reninoma.

Los autores quisieron confirmarlo por una prueba de funcionalidad y realizaron un cateterismo basal y post enalapril para demostrar elevación de la renina y así lo evidenciaron del lado derecho que era donde estaba el tumor. La paciente fue nefrectomizada, normalizando la presión, incluso requiriendo suspender el antihipertensivo por hipotensión y normalizando el laboratorio. El tumor mostró una fuerte tinción difusa, tinción de CD34 y vimentina, expresión CD117 fue focalmente positivo.

Tomado en el contexto clínico, inmunohistoquímico y los hallazgos morfológicos apoyaron un diagnóstico de tumor celular yuxtglomerular.

Si bien los reninomas pueden ocurrir en un amplio grupo demográfico, su aparición en mujeres en edad fértil presenta un dilema de tratamiento. La gravedad del hiperaldosteronismo secundario requiere un agente que interfiera directamente con la RAAS. Sin embargo, los agentes del SRAA están contraindicados durante el embarazo debido a su teratogenicidad. Labetalol, metildopa, y nifedipino son los medicamentos de primera línea más comúnmente recomendados en el tratamiento para la hipertensión durante el embarazo.

Se ha demostrado que los ACEis atraviesan la placenta humana en cantidades fisiológicamente sustanciales (48). Uso de IECA/ARAII en el embarazo se ha asociado con disgenesia tubular renal fetal, oligohidramnios, restricción del crecimiento intrauterino de leve a grave e hipoplasia pulmonar. Los ARM espironolactona y eplerenona permiten la acción de angiotensina II sin permitir la acción de la aldosterona. Actualmente, las pautas no recomiendan el uso de ARM durante el embarazo. La espironolactona es un ARM no selectivo utilizado desde la década de 1960 que también confiere acción antagónica en el receptor de andrógenos. La exposición al principio del embarazo, durante la diferenciación genital, se ha asociado con la feminización de los fetos masculinos y genitales atípicos. Hay reportes de casos aislados de su uso en etapas tardías. El embarazo después de la confirmación del feto femenino no se ha asociado con complicaciones.

La eplerenona es un ARM selectivo y por lo tanto no está asociado con actividad antiandrógena. Sin embargo, es un agente más nuevo que la espironolactona y la experiencia en el embarazo está limitada a 6 casos publicados. El uso de amilorida, un bloqueador de los canales epiteliales de sodio, en el embarazo se ha descrito en 8 casos de AP.

Su uso no se ha recomendado debido a la preocupación por la hipovolemia y, si bien los modelos animales son tranquilizadores para la seguridad del feto, sigue faltando evidencia para su uso clínico. Aliskiren es un agente nuevo que, hasta donde sabemos, aún no se ha estudiado en el embarazo. Como inhibidor directo de la renina, se plantea un efecto sobre la angiotensina II circulante similar al de un IECA.

Como comentarios finales el Reninoma es una forma curable de HTA secundaria, especialmente en mujeres en edad fértil. El diagnóstico debe realizarse con una bioquímica específica cuidadosa y se requieren estudios de imágenes para diferenciar esta patología infrecuente de la otra forma más frecuente de Hiperaldosteronismo Secundario como es la HTA Renovascular.

El tratamiento de elección es el quirúrgico, y el bloqueo del SRAA puede ser efectivo a mediano y a veces largo plazo, aunque su eficacia disminuye con el tiempo. En caso de lesiones pequeñas y en aquellos pacientes en quienes el tratamiento quirúrgico, no es preferible, el tratamiento por radiofrecuencia ofrece un tratamiento definitivo.

Referencia: Hayes AG, Stowasser M, Umapathysivam MM, Falhammar H, Torpy DJ. Approach to the Patient: Reninoma. *J Clin Endocrinol Metab.* 2024 Jan 18;109(2):e809-e816. doi: 10.1210/clinem/dgad516. PMID: 37647894; PMCID: PMC10795928.