L'iperaldosteronismo? È uno spettro!

Data 10 maggio 2026
Categoria cardiovascolare

Uno studio porta l'attenzione su un aspetto forse poco enfatizzato dell'aldosterone.

Il termine spettro in italiano significa "fantasma, spirito, ombra" ma anche "ventaglio, serie, varietà, gamma". Possiamo dire che per l'iperaldosteronismo valgono entrambi i significati.
In medicina parliamo spesso di "spettro" per descrivere un continuum biochimico. Ma per il clinico che opera sul campo, l'iperaldosteronismo primario (PA) è uno spettro in un senso molto più sinistro: è un fantasma. È un'entità che infesta le storie cliniche di migliaia di pazienti ipertesi, rimanendo invisibile dietro il mantello di una presunta "ipertensione essenziale". Si aggira per gli ambulatori della medicina generale e della cardiologica, spesso sottodiagnosticato e sottotrattato. Un fantasma che continua a danneggiare cuore, vasi e reni mentre noi cerchiamo segnali che spesso non arrivano.

A togliere ogni dubbio sulla natura pervasiva di questa condizione è lo studio ARIC (Atherosclerosis Risk in Communities), recentemente pubblicato su JAMA Cardiology . I ricercatori hanno analizzato oltre 3.400 adulti, dimostrando che il rischio dell'iperaldosteronismo non è binario (c'è o non c'è), ma proporzionale all'aumento del rapporto aldosterone-renina (ARR).
Secondo lo studio il rischio cardiovascolare aumenta anche per valori di ARR considerati "normali". dai laboratori standard.
Ecco i punti chiave che rendono questo studio una sorta di piccola rivoluzione per il concetto di spettro:

1. Il rischio inizia molto prima della "Soglia Diagnostica"
La cosa più impressionante è che l'aumento del rischio cardiovascolare (in particolare per fibrillazione atriale e ictus) si osserva con l'aumentare dell'ARR, anche quando i valori sono considerati normali dai laboratori. Non serve avere un'adenoma per essere a rischio.
Basta avere una produzione di aldosterone sproporzionata rispetto alla renina (aldosteronismo renina-indipendente = inappropriata secrezione relativa rispetto alla renina). In altre parole: il rischio cardiovascolare aumenta lungo tutto il continuum dell'ARR, anche nei range considerati normali.

2. I bersagli preferiti del "Fantasma": AF e Ictus. È interessante notare come lo studio separi gli esiti: aumenta il rischio di fibrillazione atriale e ictus. L'aldosterone è tossico per il tessuto cardiaco (fibrosi atriale) e per i vasi cerebrali. Questo conferma che il danno è strutturale ed elettrico, non solo una questione di "pressione alta". Invece in questo specifico gruppo di anziani, il legame era meno forte per altri esiti cardiovascolari come l'infarto e lo scompenso cardiaco. Questo suggerisce che l'aldosterone ha una "firma" specifica sul danno d'organo.

3. Lo studio parla esplicitamente di "underrecognized" (non riconosciuto) per cui perdiamo l'opportunità di prevenire ictus e aritmie in migliaia di persone che potenzialmente trattabili con gli antagonisti dei mineralocorticoidi (MRA) come lo spironolattone o l'eplerenone.

Che dire? Perché questo studio cambia le carte in tavola?
Perché sposta il focus dalla malattia rara (la sindrome di Conn) al fattore di rischio comune.
In sintesi: non dovremmo più chiederci "Il paziente ha l'iperaldosteronismo primario?", ma potremmo iniziare a chiederci "Quanta parte dell'ipertensione e del rischio di questo paziente è guidata dall'aldosterone?". Questo vuol dire che dovremmo trattare tutti i pazienti ipertesi con un MRA? Oppure che a tutti dobbiamo chiedere il dosaggio di aldosterone, renina e calcolare l'ARR? Aspettiamo altri dati prima che potranno darci una risposta.

RenatoRossi

Bibliografia

Lassen MCH et al. Spectrum of Primary Aldosteronism and Risk of Cardiovascular Outcomes
The Atherosclerosis Risk in Communities Study. JAMA Cardiol. Published Online: March 4, 2026
2026;11;(4):341-351.doi:10.1001/jamacardio.2026.0068