Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):8

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/2375 - Y PENSAMOS QUE HABÍA EMPEZADO EN EL OJO...

M. Fuentes Bermejo[a], S. Novero Pérez[b], Á. Fernández Huergo[c], M. Martínez Hernández[d], C. Hernández Martínez[e], C.A. Gavilán Casado[f] y M.R. Fraile Gómez[g]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; [g]Médico de Familia. Centro de Salud Castilla La Nueva. Fuenlabrada. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alicante. Fuenlabrada. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cuzco. Fuenlabrada. [d]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Menor. Cartagena. [e]Médico de Familia. Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca de La Cruz. [f]Médico de Familia. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 46 años, exfumador desde hace 8 años de 4 paquetes/año, hipertensión arterial sin tratamiento y obesidad, que acude a nuestra consulta porque hace 24 horas comenzó con episodio de cefalea frontal y pérdida de visión en región temporal inferior de ojo derecho.

Exploración y pruebas complementarias: Tomamos constantes, presentando tensión arterial de 190/100 mmHg. Auscultación cardiopulmonar, abdomen y miembros inferiores normales. En la exploración neurológica encontramos: Glasgow 15/15. MOE y MOI sin alteraciones. Campimetría por confrontación: pérdida de visión de región temporal inferior derecha. ECG: signos de hipertrofia de ventrículo izquierdo. Ante una cuadrantanopsia homónima inferior derecha, derivamos a Urgencias donde, además de ser valorado por Oftalmología, realizan: radiografía de tórax: cardiomegalia; analítica: destaca: creatinina: 1,33 mg/dl; potasio: 3,14 mmol/L. TC cerebro: hematoma agudo en interfase tálamo-capsular izquierda, sin edema vasogénico ni efecto masa. Durante su ingreso, persisten cifras tensionales altas e hipopotasemia. En TC abdominal se evidencia hiperplasia suprarrenal izquierda. Posteriormente, se realiza estudio del eje renina-angiotensina y prueba de sobrecarga salina, estableciéndose así el diagnóstico de hiperaldosteronismo primario.

Juicio clínico: Hematoma agudo en encrucijada tálamo-capsular izquierda secundario a emergencia hipertensiva por hiperaldosteronismo primario.

Diagnóstico diferencial: En base al primer síntoma pensamos: causa renal (enfermedad glomerular de origen parenquimatoso, enfermedad renovascular, síndrome de Liddle), causa endocrina (síndrome de Cushing, feocromocitoma, hormonas exógenas, etc.), alcohol, coartación aórtica, entre otros.

Comentario final: Según la OMS, uno de cada tres adultos presenta tensiones arteriales elevadas, trastorno que causa aproximadamente la mitad de todas las defunciones por accidente cerebrovascular o cardiopatía. Ante cualquier paciente joven que debuta con hipertensión arterial,

es imprescindible su estudio de manera individualizada, para descartar causas secundarias y poder establecer la mejor estrategia de control y seguimiento desde Atención Primaria, ya que, actualmente, la mayoría de las complicaciones relacionadas con la HTA son prevenibles.

Bibliografía

1. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Michael Böhm M, et al. Guía práctica clínica de la ESH/ESC para el manejo de la hipertesión arterial. HTA y riesgo vascular. Hipertens Riesgo Vasc. 2013;30(Supl 3):4-91.

Palabras clave: *Hipertensión. Hiperaldosteronismo.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.