Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):1734

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/1305 - HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL EMBARAZO

E. Calleja Nahon[a], M. Villanueva Morán[a], I. Arroyo Rico[b], I. Bodega Moreno[c] y D. Sánchez Migallón Moreno[d]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barajas. Madrid. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monovar. Madrid. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. [d]Médico Residente de Medicina Familiar. Centro de Salud Barajas. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 33 años que acude por malestar general y mialgias de una semana de evolución. Comenta fiebre termometrada de máximo 38 ºC desde hace un día, junto con disnea de moderados esfuerzos y tos con escasa expectoración. Asocia hiporexia sin náuseas ni vómitos. No refiere odinofagia, no dolor torácico ni cefalea. No ingesta de AINEs, no ingesta de productos de herbolario. AP: no alergias medicamentosas conocidas.HTA diagnosticada en 2013, sin tratamiento actual. En tratamiento con metildopa durante el embarazo en 2015. Diabetes mellitus gestacional, sin tratamiento actual. Hipertrigliceridemia.2G-1A-1V. Parto hace 3 meses, actualmente en periodo de lactancia. Intervenciones quirúrgicas: amigdalectomía. No refiere tratamiento habitual.

Exploración y pruebas complementarias: BEG. TA 150/70 mmHg. FC 100 lpm. FR 20 rpm. SatO2 93% basal. Tª 38,5 ºC.CyC: orofaringe hiperémica. No ictericia. Signo de Trousseau positivo.ACP: regular sin soplos. MVC, crepitantes en base derecha. Abd: blando y depresible, no masas ni megalias. Ruidos hidroaéreos conservados, no dolor a la palpación. No signos de irritación peritoneal. MMII: pulsos pedios presentes. No edemas. No signos de insuficiencia venosa crónica. Homans negativo. Neurológico: Glasgow 15/15. No datos de focalidad neurológica aparente.

Juicio clínico: Radiología de tórax PA y lateral: infiltrado basal izquierdo que borra dicho hemidiagragma. ECG: ritmo sinusal a 100 lpm.QRS estrecho. Alteración difusa de la repolarización con onda T invertida y presencia de onda U. Básico de orina: negativo. Sodio 34, potasio 13. Proteinuria 18 mg/min. Analítica: creatinina 0,97. Potasio 1,7. PTH 188,25 hidroxivitamina D3 5 ng/ml. PCR 34. Gasometría arterial: pH 7,58. pCO2 45. Bicarbonato 42. Virus influenzae tipo B positivo. TAC abdominal: imagen nodular en suprarrenal derecha de diámetro en eje mayor 2,2 cm.

Diagnóstico diferencial: Tumor en glándula suprarrenal. Hiperaldosteronismo secundario. Hipertensión exacerbada en el embarazo por mutación en gen del receptor de mineralocorticoides.

Comentario final: Dada la poca especificidad de los síntomas, el diagnóstico de hiperparatiroidismo primario se basa en su sospecha. La mayoría se deben a un adenoma suprarrenal y se resuelven gracias a la cirugía. En el resto de casos la instauración de un tratamiento precoz evitará complicaciones futuras.

Bibliografía

1. www.elsevier.es/hiperaldosteronismo.http://publicacionesmedicina.uc.cl/Boletin/20051/articulo 3.pdf

Palabras clave: Hiperaldosteronismo primario. Nódulo suprarrenal derecho. Hipopotasemia grave con alcalosis metabólica grave. Hipertensión arterial secundaria. Hiperparatiroidismo secundario a hipervitaminosis vitamina D. NAC basal derecha por virus influenza tipo B.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.