

Hipertensión arterial en sujeto joven en relación con la afectación de las ramas principales de la aorta

J. Ocaña Villegas y L. Gómez Navarro

Servicio de Nefrología. Hospital General Universitario de Guadalajara. Guadalajara. España

La aparición de cifras tensionales elevadas en las primeras décadas de la edad adulta constituye un reto diagnóstico y terapéutico para los clínicos. En este sentido, presentamos un caso de hipertensión arterial en una enferma joven detectado en Atención Primaria y que se acompañaba de soplos abdominales y proteinuria significativa, lo que sugería la presencia de un cuadro de mayor entidad al esperado en relación con enfermedad vascular renal. Se realizó una arteriografía que evidenció no sólo la presencia de una lesión oclusiva cercana al ostium de la arteria renal izquierda, sino también afectación a otros niveles del árbol vascular. La revascularización percutánea de la lesión renal permitió una normalización tanto de las cifras de tensión arterial como de la proteinuria.

Planteamos la importancia de realizar en enfermos jóvenes con hipertensión arterial una evaluación sensata orientada a despistar entidades potencialmente tratables y, por tanto, reversibles.

Palabras clave: hipertensión arterial secundaria, estenosis de arteria renal, arteritis de Takayasu, arteriografía.

Arterial hypertension in young subject in relationship with involvement of principal branches of the aorta

The appearance of elevated blood pressure values in the first decades of the adult age is a diagnostic and therapeutic challenge for the clinicians. In this sense, we present a case of arterial hypertension in a young female patient in Primary Health Care. This was accompanied by abdominal murmurs and significant proteinuria, which suggested the presence of a larger picture than that expected in relationship with renal vascular disease. An arteriography was conducted that not only showed the presence of an occlusive lesion close to the left renal artery ostium but also involvement on other levels of the vascular tree. Percutaneous revascularization of the renal lesion allowed for normalization of the blood pressure and proteinuria values.

We suggest the importance of conducting a sensible evaluation in young patients with arterial hypertension oriented at screening for potentially treatable and therefore reversible diseases

Key words: secondary arterial hypertension, renal artery stenosis, Takayasu's arteritis, arteriography.

Introducción

La aparición de cifras tensionales elevadas en las primeras décadas de la edad adulta constituye un reto diagnóstico y terapéutico para los clínicos. En este sentido, unos criterios de detección y remisión precoz desde Atención Primaria, así como una evaluación dirigida, medida y escalonada, deben ir orientados a alcanzar un diag-

nóstico precoz, ya que en un alto porcentaje se deben a patologías potencialmente tratables y, por tanto, reversibles. Se presenta el caso de una enferma joven estudiada por hipertensión arterial (HTA) en Atención Primaria y remitida a nuestra Unidad de Hipertensión como parte de la evaluación escalonada citada.

Caso clínico

Nos fue remitida una mujer de 24 años por elevación en las cifras tensionales. La paciente realizaba una vida activa y se encontraba sin clínica alguna. Era fumadora de 20 cigarrillos/día y destacaba que había presentado elevación puntual de cifras tensionales en distintos reconocimientos escolares desde los 12 años. Existían antecedentes de HTA esencial en su familia materna sin enfermedad renal asociada.

Correspondencia:

J. Ocaña Villegas.
Servicio de Nefrología.
Hospital General Universitario de Guadalajara.
C./ Donantes de Sangre, s/n.
19002 Guadalajara. España.
Correo electrónico: jocanav@sescam.jccm.es

Recibido: 13 de marzo de 2007.

Aceptado: 26 de abril de 2007.

Efectivamente, en nuestra primera valoración se confirma la existencia de cifras tensionales elevadas (tensión arterial [TA]: 210/110 mmHg) sin variaciones significativas de la misma entre miembros superiores e inferiores, con unos parámetros antropométricos generales normales. El fondo de ojo fue patológico y destacaba la presencia de cruces arteriovenosas sin exudados ni hemorragia. A la auscultación presentaba un soplo protomesosistólico grado III/VI en foco aórtico. En el abdomen nos llamó la atención un soplo rudo audible sobre fosa renal izquierda. Dada la edad tan temprana de presentación de HTA, se inició un estudio complementario destinado a establecer un posible origen secundario del cuadro.

En un primer acercamiento se constató la normalidad de los principales valores de laboratorio bioquímicos, endocrinos y hematológicos, salvo una anemia de perfil carencial por hierro (hemoglobina: 9,5 g/dl; hematocrito: 29%; volumen corpuscular medio: 77,8 fl; hierro sérico: 11 g/dl; ferritina: 3 g/l, e índice de saturación de transferrina: 13 %). La expresividad urinaria fue mínima con proteinuria no nefrótica de 0,34 g/día sin microhematuria. El estudio inmunológico fue normal (incluida una velocidad de sedimentación globular de 12 mm/hora y una proteína C reactiva indetectable). De igual manera presentó un electrocardiograma, una radiografía de tórax y un ecocardiograma sin evidencia de alteraciones relevantes. No se detectó la presencia de asimetría renal significativa con ultrasonografía, por lo que no se llegó a realizar valoración doppler de las arterias renales. Llegados a este punto y dado que existía una sospecha razonable de que el cuadro lo pudiera justificar una hipertensión vascularrenal, se solicita una arteriografía de grandes vasos abdominales y de arterias renales que objetivó una obstrucción de tronco celíaco y arteria mesentérica superior, facilitando la arteria mesentérica inferior flujo tanto a la mesentérica superior como al tronco por su circulación colateral; además presentaba una estenosis del 80% proximal al ostium de la arteria renal (AR) izquierda sin afectación distal y ausencia de afectación sobre la AR derecha. El estudio de troncos supraaórticos no mostró alteraciones (fig. 1). No se pudieron obtener muestras para su procesamiento histológico.

Derivado de los hallazgos expuestos, se emite como juicio clínico la existencia de una estenosis crítica de la AR izquierda, con una afectación predominantemente proximal fibrodisplásica. En ausencia de la confirmación histológica, la conjunción de HTA en una paciente joven con afectación a distintos niveles del árbol vascular arterial sugieren como entidades más probables del cuadro la dicotomía arteritis de Takayasu frente a enfermedad fibrodisplásica.

Se practicó una dilatación completa de la AR izquierda que fue exitosa, con normalización de



Fig. 1. Arteriografía que evidencia la presencia de una estenosis próxima al ostium de la arteria renal izquierda, con dilatación postestenótica. Escasa captación de contraste en el parénquima renal izquierdo. La arteria renal derecha tiene un calibre normal, con una buena captación de contraste en el parénquima renal derecho.

las cifras tensionales y progresiva normalización de la anemia tras instaurar tratamiento con sulfato ferroso oral.

Sin embargo, ésta no fue la única ocasión en que la enferma precisó de tratamiento endovascular (fig. 2). Así, a los pocos meses aparece mal control con unas cifras de TA de 156/105 mmHg con ascenso de la proteinuria hasta 0,63 g/día y caída del filtrado glomerular expresado como aclaramiento medido de creatinina (ClCr) de 52 ml/min/1,73 m². A la exploración destacaba un aumento de intensidad en el soplo abdominal, más centrado en el hemiabdomen derecho. La presencia de nefropatía isquémica obligó a la realización de una nueva arteriografía renal, en la que se detectó una AR izquierda permeable, con un riñón derecho disminuido de tamaño con estenosis de la AR principal mayor del 80% en el origen. Se realizó angioplastia con buen control angiográfico ulterior y normalización

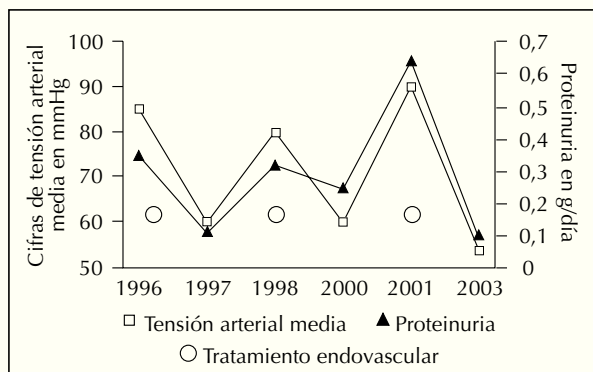


Fig. 2. Correlación del historial del tratamiento endovascular del caso con las cifras de tensión arterial y proteinuria.

tanto de la proteinuria como del filtrado glomerular. Tras permanecer un período de 3 años sin datos de repercusión sistémica de la enfermedad, comenzó con una nueva elevación de cifras tensionales a pesar de recibir tratamiento con inhibidores de la enzima de conversión y antagonistas del calcio, y asociaba una ClCr de 67 ml/min. Sometida a una nueva arteriografía se evidenció una reestenosis completa de la AR derecha a nivel proximal. Se realizó angioplastia con buen resultado morfológico y mejoría del cuadro clínico. Actualmente no presenta incidencias destacables. Desde el diagnóstico ha recibido tratamiento antiagregante, habiéndose desestimado tratamiento inmunosupresor dada la ausencia, por un lado, de certeza diagnóstica y, por otro, de marcadores clínicos o analíticos sugerentes de inflamación activa.

Discusión

A nuestro juicio, la trascendencia de este caso pivota sobre los siguientes cuatro aspectos: Clásicamente se ha sugerido que uno de los factores que más dificultan el manejo de la TA en enfermos jóvenes (además de la obesidad) es la carga de estrés derivada del quehacer diario¹. Este hecho, en un enfermo con antecedentes familiares que sugieran un origen esencial de la HTA, puede hacernos olvidar que en estos enfermos es obligado descartar un origen secundario de la misma.

En segundo lugar, la patología de gran vaso que afecta a una o ambas AR constituye entre el 50% y el 60% del total de casos de HTA secundaria de origen renal y constituye un factor independiente de mortalidad en enfermos con arteriopatía periférica². Requiere de un alto índice de sospecha y su detección precoz pasa por una correcta evaluación en Atención Primaria (toma correcta de la TA, considerar soplos vasculares abdominales, cuantificación de proteinuria y medida de la función renal, entre otros).

La arteritis de Takayasu es una enfermedad rara, muchas veces mal incluida dentro de los síndromes de afectación vascular incompleta, como el síndrome de aorta media, de la que aún se desconocen muchos aspectos³. De hecho, para alcanzar el diagnóstico se siguen utilizando los criterios establecidos por el *American College of Rheumatology* en 1990⁴, que permiten alcanzar el diagnóstico, en ausencia de confirmación histológica, con al menos 3 sobre 6 criterios, con una sensibilidad del 90% y una especificidad del 98%. Este caso que reúne 3 de ellos (edad precoz, soplos vasculares y evidencia radiológica de múltiples lesiones vasculares) permite asumir de manera razonable este diagnóstico. Sin embargo, la ausencia de afectación en el territorio supraaórtico, la migración de las

lesiones (inicialmente AR izquierda, posteriormente, AR derecha), así como la buena respuesta al tratamiento dilatador endovascular (sugeren-tes de lesiones menos rígidas y fibrosas) deben, de igual manera, hacer que nos cuestionemos el origen displásico del cuadro.

No es infrecuente que estos enfermos asocien elevación de reactantes de fase aguda tales como la proteína C reactiva, la velocidad de sedimentación globular o el fibrinógeno, así como una anemia normocítica y normocrómica⁵. En nuestro caso, además, esta anemia estuvo en sus fases iniciales potenciada por una ferropenia relacionada con excesivas pérdidas menstruales, que fueron corregidas tras tratamiento oral con sulfato ferroso y control ginecológico.

Dejando de lado la controversia existente en torno a la idoneidad o no del tratamiento inmunosupresor y la antiagregación, nos gustaría recalcar la importancia que el tratamiento endovascular percutáneo tiene en este caso. Éste permite, en lesiones muy proximales (ostium y cercanías) una resolución de la estenosis con una baja tasa de complicaciones, una mínima estancia hospitalaria y la preservación del resto del árbol vascular ante futuras recidivas, sabiendo que ambas entidades hipotéticamente implicadas cursan con una elevada tasa de reestenosis⁶.

Por último hay que considerar en el seguimiento del enfermo hipertenso la necesidad de una actualización periódica de pruebas como el fondo de ojo y el electrocardiograma que permitan reconsiderar el grado de repercusión visceral en órganos diana. En el caso de enfermos con estenosis de AR previa angioplastiada habrá que seguir la presencia de proteinuria y pequeñas alteraciones de las cifras tensionales como marcadores precoces sugerentes de reestenosis⁷.

En conclusión, no hay que olvidar realizar en enfermos jóvenes con HTA una evaluación sensata orientada a despistar entidades potencialmente tratables y, por tanto, reversibles.

Bibliografía

- Andren L, Hansson L. Circulatory effects of stress in essential hypertension. *Acta Med Scand.* 1981;646 Suppl:69-72.
- Mui KW, Sleeswijk M, van den Hout H, van Baal J, Navis G, Woittiez AJ. Incidental renal artery stenosis is an independent predictor of mortality in patients with peripheral vascular disease. *J Am Soc Nephrol.* 2006;17:2069-74.
- Weyand CM, Goronzy JJ. Medium- and large-vessel vasculitis. *N Engl J Med.* 2003;349:160-9.
- Arend WP, Michel BA, Block DA, Hunder GG, Calabrese LH, Edworthy SM, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Takayasu arteritis. *Arthritis Rheum.* 1990;33:1129-34.
- Johnston SL, Lock RJ, Gompels MM. Takayasu arteritis: a review. *J Clin Pathol.* 2002;55:481-6.
- Miyata T, Sato O, Koyama H, Shigematsu H, Tada Y. Long-term survival after surgical treatment of patients with Takayasu's arteritis. *Circulation.* 2003;108:1474-80.
- Strandness DE. Natural history of renal artery stenosis. *Am J Kidney Dis.* 1994;24:630-5.