

## Mujer de 23 años con crisis hipertensiva

J. M. Fraile Vicente, M. Mora Rillo, F. Montoya, J. I. Bernardino y J. García Puig

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.

### Caso clínico

Mujer de 23 años, tratada con anticonceptivos orales, sin otros antecedentes de interés, no fumadora. Acudió al servicio de urgencias por mareo, náuseas y vómitos. Se detectó una presión arterial (PA) de 210/116 mmHg y fue tratada con captopril 25 mg, disminuyendo las cifras de PA. Una semana antes de acudir a la Consulta de Riesgo Vascular suspendió los anticonceptivos orales. En la exploración física destacaba: índice de masa corporal 27,3 kg/m<sup>2</sup> y cifras de PA elevadas (160/100 mmHg), con pulsos pedios bilaterales algo débiles pero simétricos. El electrocardiograma era normal, sin signos de hipertrofia ventricular izquierda. El resultado del análisis mostró: hematometría normal; iones normales; aldosterona en suero 561 pg/ml (VN < 16); renina 8 ng/ml/hora (VN < 3,7); cociente aldosterona/renina 70, sugestivo de marcado hiperaldosteronismo. Se instauró monitorización ambulatoria de la PA que mostró un patrón de hipertensión arterial (HTA) *non dipper*: PA de 24 h, 137/91 mmHg; PA diurna 10-20 h, 138/93 mmHg; PA de 00-06 h, 135/86 mmHg. PA casual 135/93 mmHg. La tomografía axial computarizada (TAC) abdominal mostró suprarrenales normales. La eco-doppler renal mostró registros en mesorriñón derecho con aceleración sistólica aumentada y ligera disminución del índice de resistencia sugestivo de patrón *tardus parvus*. La angiorresonancia renal mostró un tramo irregular de 2 cm en la arteria renal derecha que culmina en estenosis moderada asociada a dilatación postestenótica (fig. 1).



Fig. 1. Angiorresonancia renal: estenosis de arteria renal (flecha).

## Diagnóstico

Displasia fibromuscular (DFM) de la rama inferior de la arteria renal derecha.

## Evolución

Se realizó angioplastia con balón de 4 mm. Se consiguió una adecuada dilatación con buen calibre de la arteria renal derecha. Cuatro meses más tarde la PA en consulta era de 107/52 mmHg sin medicación antihipertensiva.

## Comentario

Los hallazgos de la angiorresonancia fueron compatibles con una DFM. La DFM es una enfermedad vascular, no aterosclerótica ni inflamatoria, que afecta de forma predominante a las arterias renales y carótidas internas, pero que se ha descrito en casi todos los lechos arteriales del cuerpo humano<sup>1</sup>. La patogenia es desconocida, si bien el tabaco y los antecedentes de HTA se han asociado a la DFM. No se ha encontrado asociación con el uso previo de anticonceptivos orales<sup>2</sup>. La DFM puede ocasionar hipertensión renovascular (HRV) por una estenosis de la arteria renal principal o de alguna de sus ramas. La prevalencia de HRV oscila entre el 1 y el 5% de todos los adultos con HTA. La aterosclerosis es la causa más frecuente de estenosis renal y en menos de un 10% de los casos, la estenosis se debe a una DFM<sup>3</sup>. La estenosis aterosclerótica suele producirse en el origen de la arteria renal, en pacientes mayores y con factores de riesgo vascular. Por el contrario, la DFM aparece en los segmentos medios o distales de la arteria renal, en pacientes jóvenes, con pocos o ningún factor de riesgo vascular. La joven descrita acudió por una crisis hipertensiva secundaria a DFM.

La DFM de las arterias renales suele afectar a mujeres entre los 15 y los 50 años<sup>1</sup>. Debe diferenciarse de las vasculitis por la ausencia de signos inflamatorios. La DFM puede asociarse al síndrome de Ehlers-Danlos, Alpont, Marfan, feocromocitoma y arteritis de Takayasu<sup>1</sup>. Las técnicas de imagen resultan pivotales para establecer el diagnóstico de la DFM. La angiorresonancia puede ofrecer imágenes características en «cuentas de rosario». El tratamiento actual de primera elección de la DFM es la angioplastia. Según las diferentes series, puede lograrse la curación de la HTA entre un 14 y un 59%, y mejoría entre el 21 y el 74%<sup>1</sup>. El enfoque del tratamiento farmacológico antihipertensivo debe tener en cuenta la fisiopatología de la HTA (estenosis renal). La revascularización mediante angioplastia debe considerarse en los pacientes cuya HTA sea de reciente comienzo y en los que el objetivo sea la curación<sup>4</sup>. También en aquellos con mala respuesta o intolerancia al tratamiento farmacológico, y en los enfermos que muestren un deterioro renal progresivo de origen isquémico<sup>4</sup>. La implantación de endoprótesis metálicas o *stent* debe evitarse en la mayoría de los pacientes jóvenes. La cirugía vascular está siendo desplazada por la angioplastia, pero ha demostrado excelentes resultados a largo plazo<sup>1</sup>.

La paciente descrita ilustra que una crisis hipertensiva en una mujer joven puede ser la primera manifestación de una HTA secundaria a DFM de origen renal.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Slovut DP, Jeffrey WO. Fibromuscular dysplasia. N Engl J Med. 2004; 350:1862-71.
2. Sang CN, Whelton PK, Hamper UM. Etiologic factors in renovascular fibromuscular dysplasia: a case-control study. Hypertension. 1989;14:472-9.
3. Safian RD, Textor SC. Renal-artery stenosis. N Engl J Med. 2001;344: 431-42.
4. Klow NE, Paulsen D, Vame K, Rokstad B, Lien B, Fauchald P. Percutaneous transluminal renal artery angioplasty using the coaxial technique: ten years of experience from 591 procedures in 419 patients. Acta Radiol. 1998;39:594-603.