



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/2642 - ¡A Ángela se le autoproclama la HIPERTENSIÓN reina... y no hay quien la destrone!

R. Sanchidrián González^a, M.L. Jiménez Andrés^b, J.L. Martín Clavo^c, P. Coca Hernández^c, M. Beneito Calatayud^d y L. Caparrós Sepúlveda^e

^aMédico de Familia. Centro de Salud de Ciudad Rodrigo. Salamanca. ^bMédico de Familia. Centro de Salud de Lanzahita. Ávila. ^cMédico de Familia. Centro de Salud de Sotillo de la Adrada. Ávila. ^dMédico de Familia Centro de Salud de Cofrentes. Valencia. ^eMédico de Familia. Centro de Salud La Cala de Mijas. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: 75 años, mujer con hipertensión de comienzo en 2006, dislipemia sin alergias conocidas ni hábitos tóxicos, entra en programa de Hipertensión con controles más frecuentes que para la media de hipertensos del cupo dado el descontrol tensional y la escasa respuesta al tratamiento simple, combinado y múltiple. Sus tensiones medias se mantienen en valores de 210/120-125; a pesar de los esfuerzos por parte de la paciente de llevar dieta cero en sal, vida sana, paseo 2 horas diarias y tratamiento medicamentoso.

Exploración y pruebas complementarias: Comenzamos con mediciones domiciliarias diarias 1 semana, apoyamos en consulta manteniendo valores semejantes sin diferencia significativa. Realizamos exploración clínica por aparatos siendo todo normal excepto en extremidades inferiores un ligero edema con fóvea bimaleolar. Bioquímica de suero, hemograma, marcadores de daño miocárdico, reactantes de fase aguda (PCR), coagulación, sistemático de orina, radiografía de tórax electrocardiograma, mediciones tensionales con MAPA, Holter. Desde 2006 a la actualidad siguió tratamientos: IECAS, ARA II; beta y alfa 1 bloqueantes (cardio-selectivos y no selectivos), calcio antagonistas, diuréticos de asa (tiazídicos), ahorradores de potasio, antiagregante plaquetario, actualmente Procoralan 7,5 mg. Ingresa Urgente en U. Coronaria por episodio de taquicardia sinusal inapropiada, con cefalea y mareo, donde se hace resonancia magnética, angiografía renal con estenosis suboclusiva renal derecha a nivel inmediatamente proximal de su bifurcación principal con estudio OTC mostrando hiperplasia neointimal fibrosa difusa con imágenes compatibles con infiltrado macrofágico sin otras lesiones.

Juicio clínico: Hipertensión grave refractaria de difícil control, estenosis de arteria renal derecha secundaria a denervación renal, revascularizada con stent farmacoactivo.

Diagnóstico diferencial: Vasculitis, neurofibromatosis, síndrome de Ehlers-Danlos, síndrome de Willians, estenosis de troncos supra-aórticos, apnea del sueño, hipertensión de bata blanca, incumplimiento terapéutico, tratamiento farmacológico inadecuado, síndrome metabólico, obesidad, pseudohipertensión, hipertensión reno-vascular, hiperaldosteronismo primario, tumores intracraneales.

Comentario final: Hipertensión refractaria es aquella que no puede reducirse por debajo de 140/90 a pesar de usar 3 fármacos a dosis y combinaciones adecuadas que incluyan un diurético. El Médico de Atención Primaria no debe sentir decepción ante la falta de control tensional en el paciente refractario cuyo mecanismo

de producción aun no es bien conocido, implicándose incluso factores de hiperactividad simpática e incremento de secreción de aldosterona; debe ser consciente que en estos pacientes hay mayor incidencia de complicaciones cardiovasculares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Claudine G. Jennings, John G. Houston, Alison Severn, Samira Bell, Isla S. Mackenzie, Thomas M. MacDonald. Renal Artery Stenosis-When To Screen, What To Stent? *Curr Atheroscler Rep.* 2014;16(6):416.
2. Persu A, Renkin J, Thijs L, Staessen JA. Renal Denervation: Ultima Ratio or Standard in Treatment-Resistant Hypertension. *PMC3607230.*
3. Arias-Rodríguez M, Fernández G, Campistol JM, Marín R, Franco A, Gómez E et al. Prevalence and clinical characteristics of renal transplant patients with true resistant hypertension. *J Hypertens.* 2015;33:1074-81.