



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/3123 - Con la hipertensión no se juega

V. Lumbreras González^a, J. Capón Álvarez^a, J. Martínez de Mandojana Hernández^a, E. Méndez Rodríguez^a, B. Peleteiro Cobo^a, L. González Coronil^b, A.M. Tierra Rodríguez^c, O. Mahmoud Atoui^d, Á. Díaz Rodríguez^d y L. González Torre^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^dMédico de Familia; ^eEnfermero Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. León. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bierzo. León. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital El Bierzo. León.

Resumen

Descripción del caso: Varón 35 años obesidad tipo I. NAMC. Bebedor 1 l vino/día, diagnosticado de HTA hace 3 años, abandonó tratamiento hace uno. Presenta desde hace un mes disnea, ortopnea, DPN y edemas en piernas.

Exploración y pruebas complementarias: TA 210/170, AC-P: rítmica-100 lpm/MVC. EEII: edema con fovea. Ante cifras elevadas de TA, se remite a urgencias hospitalarias. Bioquímica: urea 90, creatinina 1,96, FGe 41,6, ácido úrico 10,3, Na 143, K 4,1, PCR 1,8. Resto normal. Hemograma, coagulación y orina normal. Inmunoglobulinas, complemento y proteinograma normal. ANA normal; ANCAS y crioglobulinas no detectados. Hormonas: catecolaminas en plasma y orina normal. Metanefrinas y ácido gonilmandílico normal. Aldosterona en suero basal normal. Aldosterona en orina normal. Actividad de renina basal normal. Tiroideas normales. Rx tórax: cardiomegalia. Redistribución vascular. ECG: taquicardia sinusal-120 lpm. Ecografía: riñones de tamaño y morfología normal sin uropatía obstructiva. RMN: nódulo suprarrenal izquierdo bien definido, redondeado y homogéneo 20 × 12 mm compatible con adenoma suprarrenal. Ecocardiograma: VI hipertrófico con hipertrabeculación en ápex y cara lateral; dilatado, hipocontractilidad global, FE severamente deprimida. AI gravemente dilatada. VD, cava inferior y aorta ascendente dilatados sin datos de coartación ni valvulopatías. Fondo de ojo y AGF: obstrucción venosa en retina derecha e isquemia importante. Intervenida.

Juicio clínico: ERC secundaria a HTA. HTA secundaria a hiperaldosteronismo primario. ICC, miocardiopatía dilatada (dudoso origen enólico o hipertensivo).

Diagnóstico diferencial: HTA esencial, coartación aórtica, glomerulopatías, estenosis arteria renal, feocromocitoma, Cushing, tiroidismo, SAHS.

Comentario final: Ante HTA refractaria a tratamiento diurético e hipotensor se sospecha HTA secundaria. HTA diastólica de difícil control, K tendente al descenso y alcalosis metabólica nos orienta a hiperaldosteronismo primario hallándose nódulo suprarrenal en RMN compatible con adenoma, probablemente funcionante por la clínica aunque el estudio hormonal no es concluyente. Seguido por Nefrología, cardiología y endocrinología en consulta. Estable desde el punto de vista cardiovascular, únicamente disnea a grandes esfuerzos en tratamiento con carvedilol, furosemida y doxazosina. Pendiente de completar estudio, a la espera de cateterismo suprarrenal y biopsia del nódulo para filiar naturaleza.

Bibliografía

1. Rondanelli R, et al. Hipertensión Arterial Secundaria en el adulto: Evaluación Diagnóstica y Manejo. 2015.
2. Cerezo Olmos C, et al. Crisis Hipertensivas. Madrid. Jarpyo Editores S.A. 2013.
3. Libby P, Bonow R, Mann D, et al. Tratado de Cardiología. Texto de Medicina Cardiovascular, 9ª ed. Elsevier, 2013.

Palabras clave: HTA. Insuficiencia cardiaca. Hiperaldosteronismo.