



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/2375 - Y pensamos que había empezado en el ojo...

M. Fuentes Bermejo<sup>a</sup>, S. Novero Pérez<sup>b</sup>, Á. Fernández Huergo<sup>c</sup>, M. Martínez Hernández<sup>d</sup>, C. Hernández Martínez<sup>e</sup>, C.A. Gavilán Casado<sup>f</sup> y M.R. Fraile Gómez<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>g</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Castilla La Nueva. Fuenlabrada. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alicante. Fuenlabrada. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cuzco. Fuenlabrada. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Menor. Cartagena. <sup>e</sup>Médico de Familia. Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca de La Cruz. <sup>f</sup>Médico de Familia. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 46 años, exfumador desde hace 8 años de 4 paquetes/año, hipertensión arterial sin tratamiento y obesidad, que acude a nuestra consulta porque hace 24 horas comenzó con episodio de cefalea frontal y pérdida de visión en región temporal inferior de ojo derecho.

**Exploración y pruebas complementarias:** Tomamos constantes, presentando tensión arterial de 190/100 mmHg. Auscultación cardiopulmonar, abdomen y miembros inferiores normales. En la exploración neurológica encontramos: Glasgow 15/15. MOE y MOI sin alteraciones. Campimetría por confrontación: pérdida de visión de región temporal inferior derecha. ECG: signos de hipertrofia de ventrículo izquierdo. Ante una cuadrantanopsia homónima inferior derecha, derivamos a Urgencias donde, además de ser valorado por Oftalmología, realizan: radiografía de tórax: cardiomegalia; analítica: destaca: creatinina: 1,33 mg/dl; potasio: 3,14 mmol/L. TC cerebro: hematoma agudo en interfase tálamo-capsular izquierda, sin edema vasogénico ni efecto masa. Durante su ingreso, persisten cifras tensionales altas e hipopotasemia. En TC abdominal se evidencia hiperplasia suprarrenal izquierda. Posteriormente, se realiza estudio del eje renina-angiotensina y prueba de sobrecarga salina, estableciéndose así el diagnóstico de hiperaldosteronismo primario.

**Juicio clínico:** Hematoma agudo en encrucijada tálamo-capsular izquierda secundario a emergencia hipertensiva por hiperaldosteronismo primario.

**Diagnóstico diferencial:** En base al primer síntoma pensamos: causa renal (enfermedad glomerular de origen parenquimatoso, enfermedad renovascular, síndrome de Liddle), causa endocrina (síndrome de Cushing, feocromocitoma, hormonas exógenas, etc.), alcohol, coartación aórtica, entre otros.

**Comentario final:** Según la OMS, uno de cada tres adultos presenta tensiones arteriales elevadas, trastorno que causa aproximadamente la mitad de todas las defunciones por accidente cerebrovascular o cardiopatía. Ante cualquier paciente joven que debuta con hipertensión arterial, es imprescindible su estudio de manera individualizada, para descartar causas secundarias y poder establecer la mejor estrategia de control y seguimiento desde Atención Primaria, ya que, actualmente, la mayoría de las complicaciones relacionadas con la HTA son prevenibles.

## Bibliografía

1. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Michael Böhm M, et al. Guía práctica clínica de la ESH/ESC para el manejo de la hipertensión arterial. HTA y riesgo vascular. Hipertens Riesgo Vasc. 2013;30(Supl 3):4-91.

*Palabras clave:* Hipertensión. Hiperaldosteronismo.