



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/3682 - Diagnóstico de hipertensión arterial en una exploración de rutina con cámara no midriática

M.R. D'Lacoste Farré^a, L.A. Pérez Sánchez^b, E. Ruiz Gil^a, G. Coll de Duero^c, M. Álvarez Fernández^a, I.M. Luna Calcaño^d y F. Alcázar Manzanera^e

^aMédico de Familia. Centro de Salud Cornellà Sant Ildefons. Barcelona. ^bOftalmólogo. Consorcio Sanitario Hospital Moisés Broggi. Barcelona. ^cInvestigador asociado USR Gerona. IDIAP Jordi Gol i Gurina. ICS. Profesor Asociado Departamento de Ciencias Médicas. Universidad de Girona. Centro de Salud Anglès. Girona. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Totana Norte. Murcia. ^eMédico de Familia. Coordinador Nacional del Grupo de Oftalmología. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 62 años, cocinero, exfumador, enolismo 30 g/día, obeso, sin antecedentes familiares ni personales de hipertensión arterial ni otras patologías. No sigue ningún tratamiento farmacológico y no constan registros previos de cifras tensionales elevadas. En la última analítica se confirma diagnóstico de DM2. Siguiendo el protocolo se solicita cámara no midriática (CNM). Resultado: ausencia de signos de retinopatía diabética, alteraciones vasculares compatibles con retinopatía hipertensiva (Salus, Gunn y arrosariamiento vascular con vasos en sacacorchos).

Exploración y pruebas complementarias: IMC 36, PA clínica: 129/78, FC 90, p. abdominal: 104, auscultación cardiopulmonar normal, pulsos periféricos conservados. Analítica: glicemia basal 146, Hb glicada 7,4, col total 197,16, HDL 50,64, LDL 129,89, TG 84. Filtrado glomerular normal sin microalbuminuria y ECG sin HVI. Se sospecha hipertensión arterial enmascarada, se realiza MAPA 24 horas cuyo resultado es: PA media 24h: 145/82, PA media diurna: 149,2/85,9, PA media nocturna 133,8/72,7 y patrón descenso nocturno dipper.

Juicio clínico: Hipertensión arterial enmascarada. Retinopatía hipertensiva.

Diagnóstico diferencial: Retinopatía diabética, degeneración macular, estrechamiento arteriolar asociado a la edad sin retinopatía hipertensiva.

Comentario final: La hipertensión enmascarada se asocia a un aumento de la morbilidad cardiovascular. Se debe sospechar y buscar en presencia de discrepancias entre cifras en consulta y domiciliarias y ante afectación de órganos diana. Tiene una prevalencia 15%, más elevada en diabéticos. El cribado de retinopatía diabética con CNM está protocolizado en los diabéticos pero no sistemático en los hipertensos excepto si se trata de emergencias, hipertensión arterial resistente, coexistencia de DM2, jóvenes con antecedentes familiares de hipertensión. El papel del médico de familia consiste en detectar los pacientes diana, sospechar ante la presencia de lesiones susceptibles y remitir estas imágenes para su correcta valoración por oftalmólogos debido a una alta variabilidad interobservador.

Bibliografía

1. de la Sierra A, Segura J, Banegas J, Gorostidi M, de la Cruz J, Armario P, et al. Clinical Features of 8295 Patients With Resistant Hypertension Classified on the Basis of Ambulatory Blood Pressure Monitoring. *Hypertension*. 2011;57:898-902.
2. Bobrie G, Clerson P, Ménard J, Postel-Vinay N, Chatellier G, Plouin P. Masked hypertension: a systematic review. *Journal of Hypertension*. 2008;1.

Palabras clave: Cámara no midriática. Hipertensión.