



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

212/744 - Importancia de la exploración física en pacientes hipertensos

L. Belmar Vega^a, J. Armaiz Campuzano^b, G. Fernández Fresnedo^c, E. Rodrigo Calabia^c, R. Valero San Cecilio^c, A. Minchero Arroyo^d y A. de Francisco^c

^aMédico Residente de Nefrología; ^cMédico Adjunto de Nefrología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Santander. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Bezana. Santa Cruz de Bezana.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 72 años con antecedentes de tabaquismo e HTA refractaria en el último año, encontrándose asintomática y refiriendo realizar vida activa, dieta variada baja en sal y ausencia de ingesta de fármacos o drogas causantes de elevación de TA.

Exploración y pruebas complementarias: PA en brazo derecho, izquierdo y EE.II.: 203/78; 206/74 y 80/50 respectivamente. Soplo carotídeo bilateral, sistólico aórtico y abdominal, pulsos disminuidos en EEII, resto de exploración normal. Hemograma y bioquímica: Parámetros en rango normal excepto: Creatinina: 1,60 mg/dl y FG 32 ml/min. Analítica orina: cociente albuminuria/creatinuria 30 mg/g, EyS: negativo. Ecocardiograma: HVI grave con FE conservada sin valvulopatías. Fondo de ojo: retinopatía hipertensiva grado II. AngioTAC abdominal: Arterias renales normales con aparente estenosis de aorta descendente. AngioTAC torácico: cambio brusco de calibre aórtico a nivel de la aurícula izquierda, con grave reducción de su luz (diámetro 9 mm).

Juicio clínico: HTA secundaria a coartación aórtica.

Diagnóstico diferencial: Fármacos/drogas: descartado ante ausencia de consumo. Causas renales: glomerulopatías, poliquistosis, reflujo, pielonefritis, nefropatía diabética, conectivopatías, vasculitis y síndrome hemolítico-urémico, descartadas ante EyS normal, ausencia de quistes o asimetrías en el tamaño renal, diabetes, clínica sistémica, anemia, plaquetopenia o elevación de bilirrubina. Causas vasculo-renales: Descartadas ante ausencia de estenosis de arterias renales. Causas endocrinas: hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, Cushing y feocromocitoma, descartados ante ausencia de clínica sugestiva, hormonas tiroideas, PTH, cortisol y catecolaminas en orina 24 horas normales. Hiperaldosteronismo: descartado ante ausencia de hipopotasemia o alcalosis y aldosterona, ARP y CAR normales.

Comentario final: La coartación aórtica consiste en un estrechamiento de la luz aórtica que ocasiona una disminución del flujo sanguíneo anterógrado a la misma, estableciéndose el diagnóstico definitivo por pruebas de imagen. El tratamiento de elección depende de la edad y características del paciente abarcando desde la reparación quirúrgica a la dilatación percutánea acompañada o no de implantación de stent.

Bibliografía

1. Puente García NM, Fernández Gómez ML, Voces García D. Coartación de aorta: diagnóstico de sospecha en la consulta de Atención Primaria. MEDIFAM. 2001;11:350-4.
2. Bermúdez-Cañete R. Coartación de aorta: posibles soluciones a un complejo problema. Rev Esp Cardiol. 2005;58:1010-3.

Palabras clave: HTA. Coartación aórtica.