



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

242/324 - HIPERTENSIÓN REFRACTARIA AL TRATAMIENTO SECUNDARIA A SÍNDROME DE CONN

M. Gómez del Río^a, M. Sánchez Soberón^b, D. Andía Aldana^c, J. Alonso Gutiérrez^d, M. Vega Villegas^e y M. de la Hoz Regules^f

^aMédico de Familia. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Vargas. Santander. Cantabria. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina de Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Cantabria. ^dMédico Internista. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. ^eMédico de Adjunto a la Dirección del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. ^fMédico de Familia. Centro de Salud Suances. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 59 que acude asintomática a consulta por hallazgo en la revisión laboral de TA elevada. En consulta presenta TA 241/123, se la administra doble terapia antihipertensiva con IECA y diuréticos, sin presentar descenso de cifras por lo que la que se la deriva al servicio de urgencias del hospital por urgencia hipertensiva, en la analítica de urgencias se observa hipopotasemia (3,1 meq/l). La pautan triple terapia antihipertensiva, sin lograr controlar cifras de TA. Se realiza interconsulta preferente al servicio de Medicina Interna, donde se la solicita actividad de renina plasmática (ARP), aldosterona plasmática (AP), índice aldosterona renina (IAR) y un TAC abdominal. La añaden un cuarto fármaco antihipertensivo, espironolactona, con el que se logra controlar las cifras de TA.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración no se evidencia alteraciones, IMC 20, ECG: RS. Signos de HVI. En la analítica se detecta, TFG normal, hipopotasemia (K: 3,1 meq/l), AP: 42 ng/dl. ARP: 0,87 ng/ml/hora. IAR: 52. Test de supresión con solución salina: positivo. TAC abdominal: nódulo suprarrenal izquierdo de 24 mm sugestivo de adenoma suprarrenal.

Juicio clínico: Hiperaldosteronismo primario por adenoma suprarrenal.

Diagnóstico diferencial: Hipertensión renovascular, hipertensión maligna, tumor secretor de renina.

Comentario final: El hiperaldosteronismo primario se caracteriza por la producción excesiva de aldosterona, su causa más frecuente en el adenoma suprarrenal productor de aldosterona: síndrome de Conn. Se presenta como HTA moderada a severa mantenida pese a la medicación antihipertensiva, hipotensión postural, con normopotasemia o hipopotasemia. Otros síntomas como debilidad muscular, calambres y cefalea. Es importante la sospecha de esta patología para orientar el diagnóstico, el adenoma suprarrenal es una causa tratable de hipertensión secundaria, el tratamiento de este tipo de neoplasias es quirúrgico: suprarreñalectomía unilateral.

Bibliografía

1. Bobesa M, Ronzón A, Castaño G. Hiperaldosteronismo primario: ¿debemos plantearnos su detección sistemática en los centros de salud? Aten Primaria. 2006;37(2):104-7.

2. Luque M, Alpañés M, Álvarez F, Escobar H. Hiperaldosteronismo primario y secundario. Medicina-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2012;11(15):871-82.
3. Mancia G, et al. Guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para el manejo de la Hipertensión Arterial. Rev Esp Cardiol. 2013;66(11):880.

Palabras clave: Hipertensión refractaria. Hiperaldosteronismo primario. Adenoma suprarrenal.