Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):1723

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/812 - DE CÓMO ME CURÉ DE LA HIPERTENSIÓN

P. Clavero Cereceda[a], M. Varo Morilla[b] y C. de la Cruz Seris-Granier[c]

[a]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras Norte. Cádiz. [b]Médico de Familia. Centro de Salud Algeciras Norte. Cádiz. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras Norte. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 31 años de edad, acude a consulta de Atención Primaria refiriendo cefalea occipital de varios días de evolución y sensación de aturdimiento. En el contexto de anamnesis y exploración física que realizamos, encontramos cifra tensional de 170/95 mmHg. La paciente no presenta antecedentes de interés ni factores de riesgo cardiovascular asociados. Solicitamos controles tensionales durante dos semanas y citamos de nuevo a la paciente en consulta para control evolutivo. En los controles, aparecen sistólicas entre 160-180 mmHg y diastólicas de 90-100 mmHg. A lo largo de tres meses realizamos varios cambios de tratamiento por no tolerancia de la paciente y por no conseguir disminución de cifras tensionales. Se realizó derivación a servicio de Nefrología para estudio de la hipertensión.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración, la paciente no presentaba hirsutismo, estrías patológicas o flushing asociado a las crisis hipertensivas. En pruebas analíticas básicas, no aparecen alteraciones del cortisol, tiroides o proteínas. En consulta de Nefrología, se realiza ecografía renal, ecodoppler renal basal y post-ICEA informados como normales. En analíticas, llama la atención aldosterona en suero 100 picogramos/ml y renina plasmática directa 0,16 microgramos/ml. Posteriormente se realiza TAC abdominal con resultado de LOE suprarrenal derecha de 3 × 2 cm, sin invasión de estructuras ni signos de agresividad. En gammagrafía suprarrenal, captación en glándula suprarrenal derecha tras frenación corticoidea. Se realiza además test de captopril suspendiendo el tratamiento con telmisartán, eplerenona y amlodipino que venía realizando. Test de sobrecarga salina: Probable hiperaldosteronismo primario. Se deriva a Cirugía para intervención de aldosteronoma derecho.

Juicio clínico: Síndrome de Conn o hiperaldosteronismo primario por aldosteronoma derecho.

Diagnóstico diferencial: Hiperaldosteronismo idiopático, hiperplasia adrenal primaria, carcinoma adrenocortical, hiperaldosteronismo familiar.

Comentario final: Tras la intervención, el resultado de la anatomía patológica fue de adenoma cortical adrenal. La paciente continuó con sus revisiones en Nefrología, necesitando descenso progresivo de medicación antihipertensiva por normalización de cifras tensionales. Finalmente se suspende la medicación antihipertensiva y se da de alta a la paciente con controles por su médico de Atención Primaria.

Bibliografía

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

1. Fauci AS, Hauser SL, Jameson JL, Kasper DL, et al, eds. Harrison. Principios de Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill, 2012.

Palabras clave: Hipertensión. Hiperaldosteronismo. Aldosteronoma.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.