



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/4911 - HIPERTENSIÓN ARTERIAL E HIPERPOTASEMIA

M. Cordero Cervantes<sup>a</sup>, S. Rodríguez Casillas<sup>b</sup>, H. Mendes Moreira<sup>c</sup>, E. Cano Cabo<sup>c</sup>, R. Cenjor Martín<sup>d</sup> y O. Potemkina<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles-Colloto. Asturias. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles. Oviedo. Asturias. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pola de Siero. Asturias. <sup>d</sup>Médico de Familia. Hospital Universitario Central de Asturias. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Trubia. Oviedo. Asturias.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 40 años con antecedente de hipertensión arterial diagnosticado hace 3 años a tratamiento con IECA, sin otros antecedentes de interés. En consulta presentaba una tensión arterial sistólica (TAS) de 145 mmHg y una tensión arterial diastólica (TAD) de 87 mmHg. En analítica destaca un potasio de 6 mEq/l que se vuelve a confirmar en otra analítica. Además presentaba un cloro 110 mEq/l con función renal normal. Ante este hallazgo y pensando que pudiera tratarse de un efecto secundario del tratamiento antihipertensivo se cambia IECA por indapamida a dosis de 2,5 mg/día. Se descartan también otras causas de hipertensión secundaria. Reinterrogando al paciente refiere que tanto su madre como uno de sus hermanos presentaban hiperpotasemia. Tras un mes lo volvemos a ver en consulta presentando cifras de tensión arterial en torno a 129/85 con normalización electrolítica.

**Exploración y pruebas complementarias:** Paciente con buen estado general. TA: 145/87. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando, sin masas ni megalias. No edemas en miembros inferiores. Hemograma normal. Bioquímica: sodio 135 mEq/l, potasio 6 mEq/l, cloro 110 mEq/l, creatinina 0,7 mg/dl. La excreción urinaria de sodio en 24h fue de 117 mEq/l y de potasio de 67 mEq/l. Gases venosos normales. Actividad de renina plasmática (ARP) 0,2 ng/ml/h (1,9-6). Aldosterona 535 pg/ml (35-275). Hormonas tiroideas, catecolaminas y excreción de cortisol en orina de 24h fue normal. Sedimento urinario y urografía intravenosa sin alteraciones. Ecografía y TC abdominal normales.

**Juicio clínico:** Pseudohipoaldosteronismo tipo 2 o síndrome de Gordon.

**Diagnóstico diferencial:** Causas de hipertensión secundaria. Efecto secundario de fármacos antihipertensivos.

**Comentario final:** El pseudohipoaldosteronismo tipo 2 se caracteriza por la existencia de hipertensión arterial, acidosis hiperclorémica e hiperpotasemia con función renal normal. La mayoría de los casos suelen ser niños, adolescentes o adultos jóvenes. Existen 2 formas de la enfermedad, una de aparición esporádica y otra familiar con herencia autosómica dominante, por lo que el diagnóstico adecuado del trastorno es esencial para plantear un estudio familiar además de inicio precoz del tratamiento con tiazidas.

### Bibliografía

1. Paver WKA, Pauline GJ. Hypertension and hyperpotassaemia without renal disease in a Young male. Med J Aust. 1964;2:305-6.

**Palabras clave:** Hipertensión. Hiperpotasemia. Pseudohipoaldosteronismo.