



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/4617 - HTA SECUNDARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Rivero Amador^a, A. Ortega Sarmiento^b y B. Cruz Quintana^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Titerroy. Las Palmas. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Playa Honda. Las Palmas. ^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Tinajo. Las Palmas.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 47 años sin antecedentes de interés seguido en atención primaria (AP) por hipertensión arterial (HTA) de un año de evolución en tratamiento con valsartán, amlodipino, furosemida y bisoprolol con difícil manejo de las crisis hipertensivas que le han llevado a acudir a urgencias. No lleva un adecuado control de su tensión arterial (TA) con controles fuera de objetivo de la TA después de un año con tratamiento adecuado y buena adherencia. Se sospecha HTA de origen secundario por lo que se encuentra a la espera de consulta de Nefrología. Un día acude a la consulta refiriendo dolor en epigastrio irradiado a espalda y acompañado de crisis hipertensiva (TA 240/175 mmHg).

Exploración y pruebas complementarias: Se realiza electrocardiograma que descarta un síndrome coronario agudo y ante la imposibilidad de controlar el dolor abdominal en urgencias se realiza TAC abdominal donde se aprecia una masa en glándula suprarrenal izquierda con hemorragia inactiva. Cuando se estudian las metanefrinas en orina 24 horas se encuentran valores elevados por lo que se sospecha Feocromocitoma sin datos de lesiones metastásicas a distancia por resonancia magnética con Iodo 123 (IMIG 123) descartándose previamente otro origen secundario de la HTA. En la ecocardiografía se muestra cardiopatía hipertensiva severa sugestiva de hipertensión de larga data.

Orientación diagnóstica: Feocromocitoma.

Diagnóstico diferencial: HTA esencial o secundaria.

Comentario final: Se le realizó tumorectomía quedando con HTA residual hasta la actualidad con mejor control de las crisis hipertensivas en seguimiento por AP y Endocrinología. La HTA secundaria afecta al 5-10% de los pacientes hipertensos, lo más frecuente por origen renal y endocrinológico y es importante descartarlas en pacientes que presenten datos como 30 años o > 60 años, no obesos sin historia familiar de HTA, elevación aguda de la TA, HTA resistente, síntomas de una enfermedad subyacente, etc. ya que pueden ser letales. Por ello debemos realizar un seguimiento estrecho de estos pacientes con un adecuado control de la TA y descartar origen secundario con pruebas a nuestro alcance en este ámbito.

Bibliografía

1. Lenders et al. Guidelines on Pheochromocytoma. J Clin Endocrinol Metab. 2014;99(6):1915-42.
2. Hipertensión arterial secundaria. NefroPlus. 2015;7:11-21.

Palabras clave: Hipertensión. Feocromocitoma.