



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/2700 - ESAS PASTILLAS NO ME FUNCIONAN

M. de las Cuevas Miguel^a, A. González Gamarra^b, A. Pérez de Castro Martínez^c y Z. Pérez García^d

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Goya. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Goya. Madrid. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Paseo Imperial. Madrid. ^dMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Goya. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 68 años con hipopotasemia que requiere ingresos en enero y abril de 2018. No alergias medicamentosas conocidas. Exfumador desde hace 11 años, no bebedor. Hipertenso mal controlado, dislipémico, diabetes tipo 2. Cardiopatía isquémica (infartos en 2006 y 2013), buena FEVI. Carcinoma renal de células claras pT1bN0M0 con nefrectomía radical derecha en 2013, enfermedad renal crónica grado 3 secundaria. Tratamiento: atenolol 100 mg 1-0-1/2, ácido acetilsalicílico 100 mg 1-0-0, sitagliptina 100 mg 0-1-0, fenofibrato 145 mg 0-1-0, rosuvastatina 20 mg 0-0-1, barnidipino 20 mg 0-0-1, olmesartán 40 mg 1-0-0, doxazosina 8 mg 0-0-1, clortalidona 50 mg 1/2-0-0, omeprazol 20 mg 0-0-1, zolpidem 10 mg 0-0-1,5, tramadol/paracetamol 37,5/325 mg 1-0-0.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, eupneico, piel y mucosas secas. Tensión arterial 185/83 mmHg, frecuencia cardiaca 62 lpm, temperatura 36,8 °C. Auscultación cardiopulmonar normal, abdomen normal, miembros inferiores sin alteraciones. ECG: ritmo sinusal, bloqueo auriculoventricular de primer grado, ondas T aplanadas, onda U. Analítica sanguínea: potasio 2,2 mEq/L, sodio 149 mEq/L, creatinina 1,17 mg/dL, resto normal. TAC abdominal: nódulo de aproximadamente 1,5 cm de diámetro en suprarrenal derecha con captación de contraste (estable respecto a previos). Hormonas: aldosterona 649 pg/dl, renina directa 2,7 ?U/ml, aldosterona/renina 240 (tomando aldactone, no se pudo suspender por hipertensión). Gammagrafía suprarrenal (previa supresión glucocorticoidea): compatible con adenoma suprarrenal derecho productor de aldosterona.

Orientación diagnóstica: Hiperaldosteronismo secundario a adenoma suprarrenal derecho.

Diagnóstico diferencial: Ante cuadros de hipertensión arterial resistente, debemos plantearnos causas de hipertensión secundaria; entre ellas encontramos síndrome de apnea-hipopnea del sueño, enfermedad renal crónica o vascular, enfermedades endocrinas como hiperaldosteronismo primario (la más frecuente, en torno a un 20%), hipo o hipertiroidismo, síndrome de Cushing o feocromocitoma, medicamentos, sustancias exógenas o coartación de aorta. En nuestro caso, la hipopotasemia e hipernatremia ayudan al diagnóstico. Las causas más frecuentes de hiperaldosteronismo primario son hiperplasia y adenoma suprarrenal.

Comentario final: En un paciente con tensiones elevadas en consulta, es importante ir más allá, insistir en la adherencia terapéutica, solicitar registros de automedida de tensión arterial domiciliarios, optimizar tratamiento y, si esto fracasa, investigar posibles causas de hipertensión secundaria.

Bibliografía

1. Williams GH, Dluhy RG. Enfermedades de la corteza suprarrenal. En: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill; 2012.

Palabras clave: Hipertensión. Hipopotasemia. Suprarrenal.