



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/2235 - HIPERTENSIÓN Y DISFUNCIÓN ERÉCTIL DE CAUSA FARMACOLÓGICA

J. Hernández González^a, M. Paniagua Merchán^b, Á. González Martín^c y D. Matas Hernández^d

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este. Cartagena.

^bMédico de Familia. Centro de Salud Cartagena Este. Cartagena. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Valdunciel.

Salamanca. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Federico del Castillo. Jaén.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 23 años que acude a consulta por mareo y disfunción eréctil (octubre 2015). Tensión arterial 165/100. Se interroga sobre consumo de antiinflamatorios y anabolizantes. El paciente pregunta si se puede pedir niveles de testosterona. Triple toma de tensión arterial confirmándose cifras elevadas. Analítica, con marcadores de daño renal (creatinina 2,3 mg/dL, filtrado glomerular 58 ml/min), catecolaminas en orina y TSH normales. Orina y sedimento normal. Se decide realizar ecografía renal (febrero 2016). Se remite a Nefrología: TAC abdominopélvico (marzo 2016) y renograma isotópico (mayo 2016) confirman los hallazgos de la ecografía. Se sospecha hipertensión por uropatía obstructiva. Se pauta olmesartán 20 mg para control. Se deriva a Urología para realización de nefrostomía izquierda (junio 2016) para intentar recuperación funcional y de cifras tensionales. La hidronefrosis no justifica la disfunción eréctil: se deriva a Endocrinología (enero 2017). Último ciclo de esteroides en julio de 2016 confirma la causa de la disfunción. Revisiones de Urología: disfuncionalidad riñón izquierdo y nefrectomía laparoscópica (febrero 2017), tras la cual se consigue control de la tensión arterial. Actualmente, TAS 120, TAD 70.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Consciente y orientado. Eupneico en reposo. Coloración normal de piel y mucosas. Talla 1,62m. Peso: 74 kg. IMC 28. Biotipo mesomorfo. Exploraciones neurológica y abdominal sin hallazgos patológicos. Auscultación cardiaca y pulmonar normal. Ecografía: riñón de 15 cm. Dilatación pielocalicial grado IV con probable estenosis unión pieloureteral. Hidronefrosis izquierda grado IV. TAC abdominopélvico con contraste: riñón dilatado, compresión vascular arteria polar. Retraso en eliminación de contraste. Renograma Isotópico: riñón hidronefrótico con dilatación pielocalicial. Patrón gammagráfico obstructivo por probable nefropatía parenquimatosa.

Orientación diagnóstica: Hipertensión secundaria a nefropatía obstructiva por estenosis pieloureteral. Disfunción eréctil por consumo de anabolizantes.

Diagnóstico diferencial: Disfunción eréctil: Causas psicógena, vascular o farmacológica (anabolizantes). HTA: causa renal, cardiaca, feocromocitoma o tiroidea.

Comentario final: Ante el auge del mundo del fisiculturismo y la nutrición deportiva, en Atención Primaria debemos informar adecuadamente de los riesgos que esta medicación y dietas conllevan,

haciendo hincapié en que los usuarios lleven un adecuado control de su función renal y cifras de tensión arterial e instándoles a que no utilicen ciertos fármacos sin la adecuada información y seguimiento por parte del facultativo.

Bibliografía

1. Hernández S, Fernández M, Ortiz I. Rev Ib CC Act Fís Dep. 2017;6(1):26-45.
2. Caselli S, Vaquer A, Pelliccia A, et al. Hipertensión arterial en atletas. Prevalencia, detección y manejo clínico. American Journal of Cardiology. 2017;119(10):1616-22.
3. Merino E, Borrego FJ, Martínez MA, et al. Consecuencias renales del uso de esteroides anabolizantes y práctica de culturismo. SEN. 2018;38:101-3.

Palabras clave: Hipertensión arterial. Disfunción eréctil. Anabolizantes.