

347/535 - NO TODO ES POR EL ESTRÉS

M. Rodríguez Prieto^a, D. de Freitas Clemente^a, M. Ortiz del Amo^b y C. de Alba Romero^b

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fermín. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud San Fermín. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 42 años sin antecedentes personales de interés salvo fumadora de 40 cigarrillos al día y endometriosis grado IV que precisó tratamiento quirúrgico (histerectomía) hace 3 años. No tratamiento farmacológico. Acude a consulta por astenia de varias semanas de evolución que la paciente relaciona con problemas personales y aumento de la carga de trabajo.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, normocoloreada y normoperfundida. Normopeso. TA: 152/98 mmHg. AC: rítmica, 76 lpm. AP: MVC. Abdomen sin alteraciones. EEII: no edemas ni IVC. Ante las cifras elevadas de TA se realiza despistaje de HTA mediante triple toma confirmándose HTA grado I. Analítica: Hemograma sin alteraciones. Bioquímica: creatinina 1,02 mg/dl, filtrado glomerular (CKD-EPI) 67,3 ml/min. Sedimento de orina sin alteraciones. Ecografía abdominalpélvica: hígado, vesícula, páncreas y bazo normales. Riñón izquierdo sin alteraciones. Riñón derecho con hallazgos sugestivos de hidronefrosis grado IV. Se remite al servicio de Urología donde se realiza TAC abdominal que confirma ureterohidronefrosis grado IV secundaria a endometriosis. Renograma y gammagrafía renal: patrón renográfico derecho de atrofia renal con funcionalidad del 23% y patrón izquierdo normal con funcionalidad del 77%.

Orientación diagnóstica: Se trata de una HTA en una mujer de 42 años con leve alteración de la creatinina que nos hace sospechar una secundaria a patología renal. Por ello iniciamos el estudio con una ecografía abdominalpélvica donde aparece hidronefrosis grado IV que se confirma mediante TC abdominal secundaria a endometriosis. La paciente fue intervenida practicándosele una reimplantación ureterovesical derecha por estenosis del uréter.

Diagnóstico diferencial: Con la HTA esencial y con todas las posibles causas de HTA secundaria.

Comentario final: La HTA secundaria suele detectarse en un 5-10% de los pacientes hipertensos. La anamnesis, la exploración física y el protocolo inicial de estudio del paciente hipertenso constituyen los métodos básicos para descartarla, siendo las causas más frecuentes las enfermedades renales, el hiperaldosteronismo primario, la HTA inducida por fármacos y el SAHS.

Bibliografía

1. Santamaría R, Gorostidi M. Hipertensión arterial secundaria: cuándo y cómo debe investigarse. NefroPlus. 2015;7:11-21.

2. Alcázar JM, Oliveras A, Orte LM, et al. Hipertensión arterial esencial. En: Lorenzo V, López Gómez JM, eds. Nefrología al Día. Disponible en: <http://www.revistaneurologia.com/es-monografias-neurologia-dia-articulo-hipertension-arterial-esencial-23>

Palabras clave: Hipertensión. Hidronefrosis. Creatinina.