

347/175 - ¿POR QUÉ NO ME BAJA LA TENSIÓN, DOCTOR?

S. Benedetti^a, M. Guzmán Martín^b, P. Armario García^c y G. Martín Small^d

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Florida Sud. Hospitalet de Llobregat. Barcelona. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Florida Sud. Hospitalet de Llobregat. Barcelona. ^cCap Àrea Atenció Integrada Risc Vascular. Coordinador Docència Universitària. Hospital Moisés Broggi Sant Joan Despí. Barcelona. ^dMédico Residente de 3º Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Florida Sud Hospitalet. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 47 años fumadora, con HTA de 6 años de evolución mal controlada. En tratamiento con 2 fármacos antihipertensivos (amlodipino, 10 mg/24, labetalol 200 mg/24). Realizó un MAPA que confirmaba hipertensión arterial de grado III. La paciente tenía deseo de embarazo y por ese motivo estuvo remitida a la Consulta de Riesgo cardiovascular.

Exploración y pruebas complementarias: MAPA 24 horas: PAS media 183 mmHg, PAD media 117 mmHg, PP 66 mmHg. Analítica: hemograma normal, glicemia normal, creatinina: 0,6 mg/dL, FG > 90, Na⁺ 143 mmol/L, K⁺ 2,5 mmol/L, Ca⁺ y P normales, TSH normal, MAU: 171 mg/g. ECG: RS, eje -15º, PR 0,12, doble producto de Cornell: 2.680 mmsec.

Orientación diagnóstica: Frente la falta de respuesta a los antihipertensivos, y al destacar hipopotasemia en la analítica, se sospechó una hipertensión secundaria por hiperaldosteronismo primario que se confirmó tras realizar analítica con cociente aldosterona/actividad renina plasmática elevado (30 ng/dL). El TC abdominal no destacaba hallazgos patológicos. Empezó tratamiento con Boi-K aspártico y Valsartan 320 mg/24 y amlodipino 10 mg/24, de momento se le pidió protegerse frente al riesgo de embarazo.

Diagnóstico diferencial: HTA primaria, HTA secundaria: renovascular, hiper-hipotiroidismo, hiperparatiroidismo, síndrome de Cushing.

Comentario final: No todas las hipertensiones arteriales que diagnosticamos en la consulta del ambulatorio son primarias, hay que tener en cuenta siempre las causas secundarias, sobre todo en caso de: aparición repentina, pacientes jóvenes, a pesar de cumplir bien la dieta y no hacer transgresiones farmacológicas. En la Primaria, sospechar y descartar causas de hipertensión secundaria es básico y es parte de los criterios de derivación al especialista.

Bibliografía

1. Rondanelli Izquierdo R, Rondanelli Salas R. Hipertensión arterial secundaria en el adulto: evaluación diagnóstica y manejo. Revista Médica Clínica Las Condes. 2015;26:164-74.
2. Pardes E, Belli S, Cornaló D, et al. Determinación del valor de corte de la relación aldosterona/actividad de renina plasmática para la detección de hiperaldosteronismo primario en hipertensión arterial esencial: estudio multicéntrico. Revista Argentina de Endocrinología y

Palabras clave: HTA secundaria. Hipopotasemia. Hiperaldosteronismo primario (síndrome de Conn).