

## 424/768 - HIPERTENSIÓN ARTERIAL REFRACTARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Mínguez Picasso<sup>1</sup>, J. Pérez Canga<sup>2</sup>, E. Hierro Ciria<sup>1</sup> y T. Iglesias Suárez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja. Cabezón de la Sal. Cantabria.<sup>2</sup>Médico Residente de Nefrología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.<sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 54 años procedente de Italia. Reside en España desde hace cuatro meses por la boda de su hijo. Antecedentes personales: DM2, HTA. Tratamiento habitual: metformina, valsartán/hidroclorotiazida, nebivolol, nifedipino, furosemida. Le diagnosticaron HTA hace 30 años, desde entonces en tratamiento antihipertensivo con buen control hasta hace 2-3 meses que comienza con cifras elevadas de TA, palpitaciones y sudoración profusa; ella lo relacionó con que estaba más nerviosa por la boda de su hijo. Lo consultó telefónicamente con su médico de Italia, quien indicó aumentar furosemida. A pesar de ello empeoramiento de la tensión, asociando en los últimos días diarrea.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 180/100 mmHg. Sudoración profusa. Resto normal. ECG: ritmo sinusal a 100 lpm. Criterios de HVI. Aumentamos nifedipino y solicitamos analítica. Analítica: hemograma: 14.000 leucocitos con 80% neutrófilos. Resto normal. Bioquímica: creatinina 1,6 mg/dl, FGe 34,8 ml/min, urea 65 mg/dl, potasio 2 meq/l. Resto normal. Gasometría: pH 7,67, bicarbonato 37 mmol/l, PCO2 32 mmHg. Analítica y sedimento urinario negativo. Na urinario 68 meq/l. Catecolaminas en orina pendientes.

**Orientación diagnóstica:** Ante la presencia de hipopotasemia e insuficiencia renal aguda se deriva a Urgencias Hospitalarias. Durante su ingreso se realizó TC abdominal: masa suprarrenal derecha de 7 cm compatible con feocromocitoma. Días después el resultado de las catecolaminas en orina que confirmó el diagnóstico. Se inició alfabloqueo y posteriormente IQ (suprarrenalectomía derecha laparoscópica). Por otra parte, se diagnosticó de GEA con alcalosis metabólica e hipopotasemia secundarias, así como insuficiencia renal aguda prerrenal (NTA), recuperándose tanto la función renal como los niveles hidroelectrólíticos pasadas dos semanas de tratamiento.

**Diagnóstico diferencial:** Dada la clínica de HTA refractaria + sudoración nos planteamos que pudiera tratarse de un feocromocitoma. Otra opción sería un adenoma que condicione un hiperaldosteronismo, dado el hallazgo de hipopotasemia y alcalosis.

**Comentario final:** Destacamos el papel fundamental del médico de familia en la sospecha de HTA secundaria así como la importancia de iniciar un estudio de forma precoz para minimizar las consecuencias derivadas de la hipertensión mal controlada a largo plazo.

### Bibliografía

1. Bernal C, Alcázar JM. Feocromocitoma: presentación clínica. Diagnóstico y tratamiento. Hipertens y Riesgo Vasc. 2006;23(6):173-83.

**Palabras clave:** Hipertensión. Nódulo suprarrenal.