

424/3823 - DOCTORA, ¿POR QUÉ NO BAJA?

M. Sampere Gómez¹, M. Esclapez Boix² y E. Martínez de Quintana²

¹Médico de Familia. Hospital Vega Baja. Orihuela. Alicante. ²Médico de Familia. Centro de Salud Álvarez de la Riva. Orihuela. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 47 años que acude a consulta por dolor en miembros superiores que relaciona con el esfuerzo de varias semanas de evolución. Se solicita analítica general y ECG y se realiza cribado de HTA, presentando cifras de 250/130 mmHg que no mejoran tras medicación por lo que se deriva a urgencias hospitalarias para analítica urgente y control. Es dada de alta con diagnóstico de crisis hipertensiva y seguida en nuestra consulta con mal control de cifras tensionales a pesar de varios tratamientos. Ante la sospecha de hipertensión secundaria se solicita analítica con hormonas y catecolaminas y se deriva a endocrinología.

Exploración y pruebas complementarias: Analítica: normetanefrina orina 24 horas 519 ?g (0,1-500); noradrenalina plasma 970 pg/ml (0-600). Resto sin alteraciones. MAPA: patrón extreme Dipper. ECG: ritmo sinusal a 95 latidos por minuto (lpm), PR 0,2, QRS 0,12. Adecuada progresión de R en precordiales. Sin alteraciones agudas de la repolarización. TAC: no se observan alteraciones morfológicas ni de tamaño a nivel de las suprarrenales. Doppler de troncos supraaórticos: se observan placas en bifurcaciones carotideas tempranas para la edad pero con estenosis no significativas. Resto sin alteraciones. RMN abdominal: estudio sin hallazgos significativos. Ecocardiografía: cardiopatía hipertensiva moderada.

Orientación diagnóstica: Hipertensión arterial refractaria.

Diagnóstico diferencial: Hipertensión arterial refractaria. Feocromocitoma. Hiperaldosteronismo.

Comentario final: La HTA se define como refractaria cuando no se obtienen cifras por debajo de 140/90 mmHg a pesar de tres o más fármacos. En primer lugar es necesario descartar la falta de cumplimiento de la medicación, así como la existencia de una hipertensión resistente clínica aislada mediante la monitorización ambulatoria de la presión arterial. Los pacientes con HTA resistente presentan una mayor prevalencia de lesiones de órganos diana, pero su pronóstico está más relacionado con la presión arterial obtenida durante el tratamiento. Por ello éste debe incluir un plan terapéutico que incluya múltiples fármacos. Estudios recientes han mostrado que el control de la presión arterial puede mejorar con antagonistas de la aldosterona, incluso en ausencia de hiperaldosteronismo primario.

Bibliografía

1. Armario P, Castellanos P, Hernández del Rey R. Hipertensión arterial refractaria. NefroPlus. 2008;1(2):1-47.

Palabras clave: Hipertensión refractaria. Catecolaminas.