

424/769 - HIPERTENSIÓN DE DIFÍCIL CONTROL

M. Garratón Julia¹, A. Marcelo Martínez² y A. Puertas Rodríguez³

¹Médico de Familia. Centro de Salud Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz. ²Médico de Familia. Centro de Salud Pinillo Chico. Puerto de Santa María Norte. Cádiz. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pinillo Chico. Puerto de Santa María. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Descripción del caso: Varón de 44 años, que, tras reconocimiento médico de la empresa, se detecta cifras de tensión arterial de 220/120, peso: 103 kg, altura 169 cm, IMC: 36,06, obesidad tipo II, fumador 25 paquetes/año, criterios clínicos de broncopatía crónica. No bebedor, no consume drogas, ni toma AINEs. Trabajador de la construcción. Acude muy poco a consulta de Atención Primaria. Se inicia tratamiento médico con triple terapia, IECA/diuréticos y calcioantagonista. Se solicita análisis, orina de 24 horas, radiografía de tórax y ecografía abdominal y se insiste en dieta pobre en sal e hipocalórica. Resultados de pruebas analíticas normales. Las cifras tensionales son difíciles de controlar, intensificándose el tratamiento en 2 ocasiones. En orina de 24 horas, se detecta proteinuria. Se deriva a nefrología.

Exploración y pruebas complementarias: Analítica general, normal, orina de 24 horas: iones, metales, albúmina, creatinina, amilasa, ácido vanil-mandélico, adrenalina, noradrenalina, normales. Aldosterona: 151,0 (4-31), urea excreción orina 24 horas: 29,07 mg/24h (0,847-2,967), Proteínas en orina de 24 horas: 24,60 mg/dl (0-11,8), proteína excreción: 246 mg/24h (0-90). Ecografía abdominal y renal: normal. Ecocardiografía transtorácica: VI hipertrofia moderada y función normal.

Orientación diagnóstica: Hiperaldosteronismo primario.

Diagnóstico diferencial: Hipertensión esencial, síndrome de Cushing, feocromocitoma, estenosis arteria renal.

Comentario final: Las cifras tensionales no logran controlarse, intensificando el tratamiento. Rehistoriando, el paciente ha reducido consumo de sal, ejercicios diarios, pero la comida la realiza en el trabajo siendo de dos bocadillos acompañado de al menos 2 litros de bebida isotónica. En 200 ml se presenta 15 gr de hidratos de carbono y 55 mg de Na, por lo que el paciente tomaba al menos 550 mg de sodio, 150 mg de hidratos de carbono. Se le dice que suspenda la bebida. Se añade tratamiento con espironolactona 25 mg/24h el paciente tiene las tensiones arteriales controladas y está en seguimiento por atención primaria, cardiología y nefrología.

Bibliografía

- Dinis PG, Cachulo MC, Fernandes A, Paiva L, Gonçalves L. Secondary Arterial Hypertension: Uncertainties in Diagnosis. Acta Med Port. 2017;30(6):493-6.

2. Conkle J, Carter M. Taxing sugar-sweetened beverages: the fight against obesity. *Nurse Pract*. 2013;38(5):1-4.

Palabras clave: Hipertensión arterial secundaria. Hiperaldosteronismo primario. Abuso de bebidas energéticas.