



<http://www.elsevier.es/semergen>

482/896 - DESCARTAR UNA HIPERTENSIÓN SECUNDARIA

M. Fornos Rodríguez¹, S. Frechoso Cañedo², C. Díaz Merayo³ y A. González González⁴

¹Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Valle del Nalón. Langreo. Asturias. ²Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Riaño. Langreo. Asturias. ³Residente 2º año. Centro de Salud Sotres. Langreo. Asturias. ⁴Residente 4º año. Centro de Salud Sotres. Langreo. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Acudió a consulta de atención primaria mujer de 52 años que había abandonado el control de la TA desde 2 años atrás. Asintomática. Aportó registro de TAS media 170 y TAD 110 a tratamiento con enalapril 20 mg + lecardipino 20 mg. Refería que hace adecuadamente el tratamiento y seguía las recomendaciones dietéticas. Sin analítica reciente, nunca había realizado ECG ni estudio de HTA.

Exploración y pruebas complementarias: TA en consulta 180/110, FC 60 lpm. Sat 98%. AC rítmico, sin soplos. AP normal. Abdomen sin soplos abdominales, normal. No soplos carotídeos. Pulso periféricos conservados y simétricos. Sin edemas en miembros. Exploración neurológica normal. Se solicitó un ECG que fue normal. Se administra diazepam 5 mg y captoril 25 mg con reducción de TA a 160/90.

Orientación diagnóstica: Se trataba de una paciente menor de 65 años sin otros antecedentes de interés con HTA grado 2 resistente (2 fármacos a dosis óptimas no bajan la TA 140/90). Se solicitó una analítica con bioquímica con iones, hemograma y con TSH, PTH y orina, una radiografía de tórax y una ecografía abdominal. Además se solicitó AP/ARP en sangre (teniendo en consideración que tomaba IECA) y cortisol en orina 24h con intención de descartar una HTA secundaria. Una vez realizada la analítica, se incorpora hidroclorotiazida 12,5 mg al tratamiento y se solicitó nuevo registro en 3 semanas.

Diagnóstico diferencial: Las causas más frecuentes de HTA secundarias en una persona entre 41-65 años son hiperaldosteronismo primario, síndrome de Cushing, apnea del sueño, enfermedad parénquima renal, enfermedad renovascular y feocromocitoma.

Comentario final: En una paciente de 50 años sin factores de riesgo adicionales con estilo de vida saludable, con mal control de TA a pesar de dos fármacos a dosis óptimas y buena adherencia a medicación, una vez comprobado que el registro de TA (AMPA) en domicilio es correcto, se recomienda descartar una hipertensión arterial secundaria (5-15%). Las causas más frecuentes a su edad son las alteraciones endocrinas y enfermedad renal o renovascular.

Bibliografía

1. Williams B, et al. Guía ESC/ESH sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol. 2019;72(2):160e1-e78.

Palabras clave: Presión arterial. Hipertensión.