



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

330/6 - HIPERTENSIÓN ARTERIAL REFRACTARIA EN UN PACIENTE JOVEN

A. Ocaña Padilla¹; E. Bartolozzi²; D. de la Rosa Carrillo³; J. Gardeñes Morón⁴; A. Carpio Carrera⁵; E. Nebot Molina¹.

¹Médico de Familia. CAP Ocata-Teià. Barcelona.; ²Médico de Familia. CAP Ramón Turró. Barcelona.; ³Neumólogo. Hospital Plató. Barcelona.; ⁴Médico de Familia. CAP Sant Martí. Barcelona.; ⁵Médico de Familia. CAP Maragall-Congrés. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 43 años, sin hábitos tóxicos ni alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes familiares de HTA y dislipemia.

Desde hace 3 años diagnosticado de HTA esencial, por los antecedentes familiares y por sobrepeso, tras haber descartado otras causas de HTA mediante pruebas analíticas, ECG y radiografía de tórax. Consulta por hipertensión arterial (HTA) mal controlada, a pesar del tratamiento con amlodipino, enalapril e hidroclorotiazida.

Exploración y pruebas complementarias: Peso: 88 kg, Talla: 1.70 m, IMC: 30.45. TA: 170/93. Paciente normocoloreado, normohidratado, con abdomen blando, depresible, no se palpan masas ni visceromegalias. Auscultación cardiorespiratoria: tonos cardiacos rítmicos, sin soplos. No signos de insuficiencia cardiaca. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Exploración neurológica normal, fuerza y reflejos conservados. Analítica: hemograma, bioquímica, ionograma y función hepática, normales. Calcio 11 mg/dL (algo elevado). Sedimento orina: hematuria. Ecografía: masa sólida hiperecoica de unos 5 cm de diámetro en riñón derecho con cierta dilatación pielocalicial. Ante este resultado ecográfico, se derivó el paciente al urólogo donde se realizaron: TAC Tóraco-Abdominal: Masa sólida con calcificaciones en el interior, que tras la administración de contraste no capta en la zona central. Pequeñas adenopatías retroperitoneales de características inespecíficas. Pequeño nódulo milimétrico en lóbulo superior del pulmón derecho. PET: Masa sólida hipermetabólica de riñón derecho. Ausencia de otras captaciones de 18-FDG.

Juicio clínico: Se llevó a cabo una nefrectomía total, siendo el diagnóstico anatomo-patológico de la pieza el de hipernefroma. El paciente fue seguido periódicamente mediante TAC Torácico y abdominal. Tras 3 años, se detectó un discreto aumento de diámetro del nódulo pulmonar, que en esta ocasión sí mostraba captación en el PET. Una broncoscopia fue macroscópicamente normal, mostrando el BAS células de características inflamatorias. Ante la sospecha de un segundo tumor primario vs. metástasis, fue intervendio, siendo el diagnóstico intraoperatorio el de granuloma calcificado.

Diagnóstico diferencial: Interacciones farmacológicas (AINES, esteroides). Medicación inadecuada. Obesidad severa. Retención de líquidos (diuréticos inadecuados, ingesta excesiva de sal, enfermedad renal). HTA de bata blanca. HTA secundaria (apnea del sueño, enfermedad renal parenquimatosa, hiperaldosteronismo, estenosis arteria renal, hiperparatiroidismo, feocromocitoma, Síndrome de Cushing, tumor intracraneal, coartación aorta).

Comentario final: El carcinoma de células renales es el más común de las neoplasias renales en los adultos. Más frecuente entre los hombres varones de 50-70 años. Aunque el carcinoma renal muestra una alta tendencia a metástasis, y se asocia a síndrome paraneoplásico, la mayor parte de los pacientes están asintomáticos cuando se diagnostican. La tríada clásica es hematuria, dolor y masa palpable, pero solo se presenta en el 15% de los casos y cuando la neoplasia es avanzada. En el momento del diagnóstico, el 40% tienen metástasis sincrónicas, por su gran diseminación linfática y hematógena. Los principales factores de riesgo son tabaquismo, factores genéticos, antecedentes familiares, diálisis y enfermedad de Von Hippel-Lindau.

Bibliografía

Ljungberg B, Campbell SC, Choi HY, Jacqmin D, Lee JE, Weikert S, Kiemeney LA. The epidemiology of renal cell carcinoma. *Eur Urol*. 2011;60(4):615-21.

Corrao G, Scotti L, Bagnardi V, Sega R. Hypertension, antihypertensive therapy and renal-cell cancer: a meta-analysis. *Curr Drug Saf*. 2007;2(2):125-33.

Agrawal A, Sahni S, Iftikhar A, Talwar A. Pulmonary manifestations of renal cell carcinoma. *Respir Med*. 2015;109(12):1505-8.