



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

204/105 - La importancia de revisar los diagnósticos

M. Seco Calderón^a, C.A. Reyes Mateo^b, M. Rubio Revuelta^b, N. Guelai^c, A. García-Lago Sierra^c, B. Martínez Sanz^d, A.M. González Pedraja^e, M.M. San Emeterio Barragán^f, A. Vázquez Sánchez^g y M.A. Albarracín Castillo^a

^aMédico de Familia. CS Dávila. Santander. ^bMédico de Familia. Servicio Cántabro de Salud. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Corrales. Los Corrales de Buelna. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dobra. Torrelavega. ^eFEA Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ^fMédico de Familia. SUAP Agüera. Cantabria. ^gMédico de Familia. Urgencias. Hospital Sierrallana. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 35 años, diagnosticada de hipertensión arterial desde hace 3 años en tratamiento con beta-bloqueantes (atenolol a dosis de 50 mg/24h) y medidas higiénico-dietéticas con escaso control de las cifras tensionales. Como antecedentes personales de interés únicamente resalta hipotiroidismo en tratamiento con eutirox. Antecedentes familiares de HTA en su madre. En una de las visitas programadas en el contexto de su HTA, al no existir óptimo control de las cifras tensionales en una mujer joven sin otros factores de riesgo cardiovascular, se revisa de nuevo el diagnóstico y evolución y se decide redirigir el caso iniciando estudio para descartar posible HTA secundaria.

Exploración y pruebas complementarias: Peso: 62 Kg, talla: 1,65 m, TA: 160/88 mmHg, FC: 90 lpm, AP y AC normal. Abdomen: no soplos. Hemograma: normal. Bioquímica: K: 3,4 mEq/L, resto normal. Determinación de catecolaminas normales. Ecografía renal: disminución de tamaño del riñón derecho con retraso del aporte vascular al mismo. Arteriografía: lesión en tercio medio de la arteria renal derecha compatible con fibrodisplasia de la media.

Juicio clínico: HTA vascularrenal por displasia fibromuscular.

Diagnóstico diferencial: HTA vascularrenal de origen aterosclerótico, enfermedad parenquimatosa renal, hiperaldosteronismo primario, feocromocitoma, síndrome de Cushing.

Comentario final: La principal causa de estenosis de la arteria renal es la enfermedad ateromatosa, pero en un porcentaje no despreciable de casos (alrededor del 10-20%), la causa de la estenosis es la displasia fibromuscular por afectación de algunas de las capas de la arteria renal. La HTA vascularrenal por displasia fibromuscular es más prevalente en mujeres jóvenes y existe cierta agregación familiar, mientras que la aterosclerótica es más frecuente en varones mayores de 50 años. La enfermedad puede estar limitada a las arterias renales, pero también asociarse con lesiones en otros territorios. La respuesta de la HTA a la revascularización es mejor que en la estenosis de arteria renal ateromatosa, pero el índice de curación de la HTA aun así es inferior al 50%. En nuestra paciente tras la realización de angioplastia se normalizaron las cifras tensionales sin necesidad de tratamiento farmacológico posterior. El aprendizaje que extraemos de este caso es la importancia de no dar por ciertos diagnósticos previos realizados, siendo fundamental replantearnos aquellos cuya evolución no veamos favorable (en nuestro caso mujer joven con HTA de aparición brusca y sin adecuado control de las cifras a pesar del tratamiento). En ocasiones, comenzar de

nuevo con una anamnesis y exploración física detalladas puede corregir errores previos de enfoque diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Textor SC, Lerman L. Renovascular hypertension and ischemic nephropathy. *Am J Hypertens*. 2010;23:1159.
2. Ritchie J, Green D, Chrysochou C, et al. High-risk clinical presentations in atherosclerotic renovascular disease: prognosis and response to renal artery revascularization. *Am J Kidney Dis*. 2014;63:186.
3. Olin JW, Sealove BA. Diagnosis, management, and future developments of fibromuscular dysplasia. *J Vasc Surg*. 2011;53:826.