Semergen. 2016;42(Espec Congr 10):27

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

204/110 - ¿Si no baja la tensión?

C.A. Reyes Mateo[a], A.M. González Pedraja[b], M.M. San Emeterio Barragán[c], M. Rubio Revuelta[d], M. Seco Calderón[e], A. Vásquez Sánchez[f], A.M. García Ochoa del Olmo[g], A. Ruiz Rodríguez[h], M.P. Carlos González[i] y N. Santos Méndez[j]

[a]Médico de Familia. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria. [b]FEA Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. [c]Médico de SUAP Cotolino II. Castro Urdiales. [d]Médico de Familia CS Cazoña. Santander. [e]Médico de Familia. CS Dávila. Cantabria. [f]Médico de Familia. Urgencias. Hospital Sierrallana. Torrelavega. [g]Médico 061. Cantabria. [h]Médico de Familia SUAP Meruelo. Cantabria. [i]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cazoña. Santander. [j]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo Costa. Maliaño.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 20 años AP: pielonefritis, no hábitos tóxicos. Presenta desde hace 2 meses tensión arterial elevada (150/100 mmHg), cefalea y mareos se pauta IECA con pobre respuesta al tratamiento, persiste clínica acudiendo de forma reiterada a consulta. Ante la sospecha de HTA secundaria se deriva nefrología.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, NRL: normal TA 150/98. Tórax ACP rítmica sin soplos. ECG: RS FC 87 lpm. Hemograma, bioquímica y hormonas tiroideas normales. Bioquímica en orina: microalbuminuria y catecolaminas normales. Ecografía Doppler: los riñones son de tamaño y morfología normal, buena diferenciación córtico-medular, sin imágenes de masas, litiasis ni dilatación de la vía excretora. Doppler flujo turbulento en el ostium de la ARD con una velocidad discretamente elevada lo que sugiere estenosis 50%. Aorta abdominal permeable y calibre normal.

Juicio clínico: HTA secundaria estenosis arteria renal derecha.

Diagnóstico diferencial: E. renal crónica, i. renal aguda, aldosteronismo primario, corticoterapia crónica y S. de Cushing, feocromocitoma, coartación de aorta, enf. tiroidea o paratiroidea, alcoholismo, drogas, obesidad, ansiedad, estrés, vasculitis, arteritis de células gigantes, enf. Takayasu, aortitis, disección de la arteria renal, neurofibromatosis, S. de Ehlers-Danlos y de Marfan.

Comentario final: EAR es una de las principales causas es la enfermedad renal ateromatosa y la segunda es la displasia fibromuscular un trastorno congénito particularmente mujeres entre los 20 y 40 años de edad. La estenosis de la arteria renal puede causar hipertensión y normalmente se descubre al realizar exámenes para investigar la causa de una hipertensión difícil de controlar. La arteriografía es la técnica de referencia en el diagnóstico se debería reservar su realización para pacientes en los cuales está justificado plantearse la revascularización. La ecografía Doppler presenta información anatómica y funcional una vez que se tiene el diagnóstico definido. Existen tres alternativas de tratamiento médico, angioplastia y quirúrgico la terapia a elegir debe ser individualizada. Las principales indicaciones para la revascularización son las lesiones hemodinámicamente significativas, estenosis superior al 60% de la luz y cuando las lesiones son bilaterales. Serían también indicaciones de revascularización la presencia de hipertensión maligna y la intolerancia o escasa respuesta a la medicación antihipertensiva. La estenosis de la arteria renal puede causar insuficiencia

renal crónica si ésta afecta ambas arterias renales o si la hipertensión asociada con esta afección es prolongada o grave. Los IECA son considerados como una arma de doble filo por un lado brindan un mejor control del cuadro hipertensivo pero, existe el riesgo de un deterioro de la función renal. Los calcios antagonistas pueden ser casi tan efectivos como los anteriores y considerablemente más seguros. Se pautó un calcio antagonista con buen control y seguimiento por nefrología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marín R, Goicoechea MA, Gorostidi M, eds. Guías SEN. Riñón y enfermedad cardiovascular. Nefrología. 2004;24(suppl 6):S1-S235.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.