Semergen. 2016;42(Espec Congr 10):83

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

204/209 - Hipertensión arterial, a propósito de un caso

M.P. Carlos González[a], M. Fernández García[b], N. Santos Méndez[c], L. Alli Alonso[d], M.J. Labrador Hernández[e], A.M. González Pedraja[f], J.L. Cepeda Blanco[g], V. Acosta Ramón[h], A. Aldama Martín[g] yC.A. Reyes Mateo[i]

[a]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cazoña. Santander. [b]Médico Internista. Servicio de Urgencias; [f]FEA Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. [c]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo. Santander. [d]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria; [h]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS José Barros. Santander. [e]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Alisal. Santander. [g]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo. Santander. [i]Médico de Familia. Servicio Cántabro de Salud.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 29 años que acude a atención primaria por cuadro de una semana de evolución de disnea paroxística nocturna y cefalea que ha ido en aumento. Tras objetivarse en la consulta de atención primaria cifras tensionales de 260/150 mmHg, se administra capoten y se deriva al servicio de urgencias para valoración. Antecedentes personales: HTA desde los 23 años de difícil control con lesión de órgano diana (hipertrofia concéntrica de ventrículo izquierdo moderada FE: 60-65%) en seguimiento por servicio de nefrología. Estudio de hipertensión secundaria negativo. A pesar de tratamiento antihipertensivo tripleterapia (dosis máximas) persisten cifras elevadas de tensión arterial por lo que se lleva a cabo una denervación simpática renal en 2013. Tratamiento actual: no adherencia a tratamiento desde hace un año y medio.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 260/160 mmHg. FC: 124 lpm. Tª: 36,5 ºC. SatO2: 92%. GCS: 15. Consciente, orientado, taquipneico en reposo, diaforesis profusa, palidez de piel y mucosas, regular estado general. PVY aumentada. AC: rítmico sin soplos. AP: MVC con crepitantes 2/3 inferiores del pulmón derecho y en base izquierda. Abdomen anodino. MMII sin edemas. Rx: cardiomegalia a expensas de ventrículo derecho y ventrículo izquierdo. Infiltrado en alas de mariposa. ETT: miocardiopatía hipertrófica en fase dilatada, con FE de VI de 30%.

Juicio clínico: Emergencia hipertensiva. Edema agudo de pulmón. Miocardiopatía hipertrófica fase dilatada.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia cardíaca.

Comentario final: La hipertensión resistente se define como la presión arterial que se mantiene por encima de lo óptimo a pesar del uso concurrente de tres agentes antihipertensivos de diferentes clases, una de las cuales debe ser un diurético. Los pacientes cuya presión arterial está controlada con cuatro o más medicamentos se considera que tienen hipertensión resistente o refractaria. Estos pacientes corren un alto riesgo de eventos cardiovasculares adversos. La presión arterial deseada es

menor de 140/90 mmHg en pacientes hipertensos de riesgo moderado. Los factores de riesgo potencialmente reversibles que contribuyen a controlar la hipertensión resistente incluyen antihipertensivos, cambios en el estilo de vida y en la dieta y valoración de causas secundarias de hipertensión. Se debe descartar como causa de hipertensión el aldosteronismo primario, estenosis de la arteria renal, insuficiencia renal y la apnea obstructiva del sueño. Otras causas poco comunes pero que se deben descartar incluyen el feocromocitoma, síndrome de Cushing y coartación de aorta. En el caso del paciente al haberse descartado causas secundarias y al no haber un control de la tensión arterial a pesar del tratamiento con tres antihipertensivos se decide realizar una denervación simpática renal, presentando mejoría en las tensiones, razón por la cual deja de acudir a las citas de control hasta que se presenta de vuelta con cuadro de edema agudo de pulmón. Actualmente en espera de trasplante cardíaco.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vongpatanasin W. Resistant hypertension: a review of diagnosis and management. JAMA. 2014;311:2216.

2. James PA, Oparil S, Carter BL, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA. 2014;311:507.

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