



## 204/25 - Reporte de un caso: Un difícil manejo de Hipertensión arterial (HTA)

M. García Aroca<sup>a</sup>, K.P. Baldeón Cuenca<sup>b</sup>, A. Nofan Maayah<sup>c</sup> y V.E. Choquehuanca Núñez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Los Dolores. Cartagena. <sup>b</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Besaya. Torrelavega. <sup>c</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo Costa. Santander. <sup>d</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isabel II. Santander.

### Resumen

**Descripción del caso:** Acude a consulta de Atención Primaria (AP) una mujer de 65 años refiriendo cefalea de características tensionales de 3 meses de evolución sin predominio de franja horaria refractario a tratamiento analgésico. Hace 3 días se ha exacerbado la sintomatología asociada a fatiga, debilidad muscular y aumento de su nerviosismo habitual. Como antecedentes personales no constan alergias conocidas, niega hábitos tóxicos, hiperlipemia mixta, HTA con mal control y antecedente de cardiopatía isquémica. En tratamiento actual con AAS 100 mg/día, atorvastatina 10 mg/día, hidroclorotiazida 12,5 mg/día, ramipril 5 mg/día, olmesartan 20 mg/día y lorazepam 1 mg/día.

**Exploración y pruebas complementarias:** Normohidratada, normocoloreada y sin datos físicos relevantes. PA 195/105 mmHg con valores de temperatura, saturación y frecuencia cardíaca compatibles con la normalidad. Se realiza analítica de control observando: glucosa 150 mg/dl, urea 57 mg/dl, K<sup>+</sup> 2,7 mmol/l, Hb glicosilada 9,7%, niveles de aldosterona 250 pg/ml y una relación aldosterona/renina > 500. RMN de glándulas suprarrenales "nódulo de 20 mm sugestivo de lesión adenomatosa". En esta paciente se optó por manejo conservador con tratamiento farmacológico basado en amlodipino 10 mg/día y espironolactona 100 mg/día cual normalizó la PA y kalemia.

**Juicio clínico:** Síndrome de Conn.

**Diagnóstico diferencial:** Crisis HTA, hiperplasia suprarrenal, síndrome nefrótico.

**Comentario final:** Destacar la importancia de una buena historia clínica y anamnesis claves para un diagnóstico y tratamiento precoz y efectivo. Como médicos de Atención Primaria no debemos desistir en profundizar en el estudio de un paciente a fin de desenmascarar lo que pudiera ser síntoma subyacente de patología orgánica. El hiperaldosteronismo primario es una de las causas a valorar en poblaciones con hipertensión difícil de tratar.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Dluhy R. Harrison's Principles of Internal Medicine, 16<sup>th</sup> ed.
2. Seiler L, Reincke M. The aldosterone to renin ratio in secondary hypertension. Herz.

2003;28:686-91.