



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

283/30 - A PESAR DE LA HERENCIA HAY QUE SEGUIR INVESTIGANDO

M. Conesa Espejo^a, C. Sánchez Pérez^b, M. Boksan^c, M. García Aroca^d, E. Fernández Cueto^e y E. Schmucke Forty^c

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Cartagena. Murcia. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Peral. Cartagena. Murcia. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Cartagena-Casco. Murcia. ^dMédico Residente de 4º año. Centro de Salud Los Dolores. Murcia. ^eMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Algar. Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón 25 años con antecedentes familiares: Abuelos paternos hipertensos, padre hipertenso. Consulta en Atención Primaria (AP) por episodios de cefalea occipito-frontal desde hace varias semanas por el que toma Ibuprofeno y Paracetamol. Presenta tensión arterial (TA) 160/110 en ambos brazos. Se administra captoril 25 mg y diazepam 5 mg oral descendiendo TA: 140/90. Se indica que realice automedida de TA (AMPA), se solicita analítica, electrocardiograma, radiografía tórax y se recomiendan medidas higiénico-dietéticas. A la semana acude a consulta con AMPA presentando media de TA 140/90. En consulta, TA: 160/100. Se realiza MAPA en AP que confirma hipertensión arterial (HTA) no dipper. En analítica destaca microalbuminuria e índice aldosterona/renina > 30. En segunda determinación se confirma la microalbuminuria. Se solicita ecografía abdominal que es normal. Se remite a consultas de endocrinología e iniciamos tratamiento con ramipril 5 mg con adecuado control TA. Endocrinología realiza prueba infusión salina 0,9% confirmando hiperaldosteronismo primario y solicitan TAC abdominal. Mantienen ramipril y añaden espironolactona 25 mg.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: normal. Electrocardiograma, radiografía tórax, ecografía abdominal y ecocardiograma: normal. MAPA: TAS media 147 y TAD media de 99 junto con un descenso nocturno del 8% respecto al promedio diurno. Analítica: Índice aldosterona-renina en plasma: 60. Orina: ratio albúmina-creatinina: 42,2 y 100 la segunda determinación. TAC abdominal: se aprecia adenoma suprarrenal izquierdo de 1 x 1 cm. Resto normal.

Juicio clínico: HTA secundaria a hiperaldosteronismo primario.

Diagnóstico diferencial: HTA bata blanca. HTA secundaria a estenosis arteria renal, feocromocitoma, insuficiencia renal crónica, hipertiroidismo.

Comentario final: La prevalencia de HTA en población adulta española es del 33%, ocupando las causas secundarias el 10%. El hiperaldosteronismo es una causa rara pero ante un paciente joven hay que descartar una causa secundaria a pesar de presentar antecedentes familiares de HTA. Será imprescindible realizar una buena anamnesis y exploración física apoyándonos en pruebas complementarias para descartar causas secundarias e individualizar tratamiento.

Bibliografía

1. Santamaría R, Gorostidi M. Hipertensión arterial secundaria: cuándo y cómo debe investigarse. *NefroPlus*. 2015;7(1):11-21.