



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

## 452/137 - NO TODO SE DEBE A LA OBESIDAD

M. Sirera Rus<sup>1</sup>, M. Sánchez Erce<sup>2</sup>, T. Velilla Alonso<sup>3</sup>, I. Paúles Cuesta<sup>3</sup>, S. Soler Allué<sup>4</sup>, R. Torres Cabrero<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud Pirineos. Hospital San Jorge. Huesca. <sup>2</sup>Pediatra. Centro de Salud Pirineos. Hospital San Jorge. Huesca. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Perpetuo Socorro. Huesca. <sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pirineos. Huesca. <sup>5</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santo Grial. Huesca.

### Resumen

**Descripción del caso:** Niño de 10 años que acude a la consulta para la revisión de los 10 años. Como antecedentes personales destacan cifras elevadas de peso y tensión arterial en límites altos de normalidad a los 4 años, se le recomendó dieta y ejercicio, pero no volvió a acudir a la consulta para revisión. En la consulta actual se detectan cifras de tensión arterial de 148/100 mmHg (p > 95) y un peso de 56,8 kg (p97). Se decide citar al paciente en una semana para tomar de nuevo cifras tensionales. A la semana persisten cifras de 153/105, se insiste a los padres en dieta, ejercicio físico y control domiciliario de cifras tensionales (para evitar posible síndrome de bata blanca). Impresión diagnóstica: HTA secundaria a obesidad. Al mes se cita de nuevo al paciente y presenta cifras de 142/90 (> p95), peso 55,5 (p95) por lo que se decide colocar un MAPA y realizar analítica sanguínea.

**Exploración y pruebas complementarias:** TEP estable, Buen estado general, Otoscopia y orofaringe sin alteraciones. AC: rítmica sin soplos, AP mvc, abdomen blando, depresible, no doloroso, no signos de irritación peritoneal, EEII no edemas. MAPA: lecturas correctas 63%, cifras tensionales diurnas > 135/85 (100%), cifras tensionales nocturnas > 120/70 (100%), promedio de TA 145/101. Analítica sanguínea: BQ, hemograma, sedimento normal.

**Juicio clínico:** Sospecha de HTA secundaria a obesidad.

**Diagnóstico diferencial:** Obesidad, HTA secundaria a obesidad, HTA primaria.

**Comentario final:** Evolución: tras los resultados del MAPA se decide derivar a la consulta de Nutrición-Digestivo pediátrica del HSJ. En el HSJ se solicita una ecografía abdominal y una eco-doppler por cifras elevadas a pesar de la disminución de peso del paciente, se aprecia una alteración a nivel de arterial renal derecha compatible con estenosis significativa. Sospecha diagnóstica: HTA de origen renovascular. Se derivó al paciente a la consulta de Nefrología pediátrica del HUMS, se solicitó un Angio-TAC que confirmó la estenosis. Se inició enalapril 10 mg y se realizó IC a Oftalmología y Cardiología (valorar repercusión sistémica de la HTA, resultados dentro de la normalidad) y a Radiología intervencionista. Radiología intervencionista realizó un cateterismo y colocó un stent en arterial renal derecha, se suspendió la medicación antihipertensiva por normalizar cifras de tensión arterial y se inició tratamiento con doble antiagregación. Es importante iniciar medidas no farmacológicas en los casos de HTA como el control de peso con dieta y ejercicio físico concienciando tanto al niño como a la familia. Ante cifras de tensión arterial muy elevadas desde que el niño es pequeño es más probable que la HTA sea secundaria. Ante un paciente con HTA de

larga evolución hay que controlar los FRCV y la afectación de órganos diana.

## Bibliografía

de la Cerda Ojeda F, Herrero Hernando C. Hipertensión arterial en niños y adolescentes. *Protoc Diagn Ter Pediatr.* 2014;1:171-89.

Elmaogullari S, et al. Risk factors that affect metabolic health status in obese children. *J Pediatr Endocrinol Metab.* 2017;30:49-55.

**Palabras clave:** Obesidad. HTA. Estenosis.