



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

327/56 - HIPERTENSIÓN ARTERIAL, ¿SECUNDARIA?

C. Arina Cordeu¹; S. Velilla Zancada²; L. Bea Berges³; C. Martínez Zabala¹; J. Gómez Sáenz⁴; C. Bonilla Barrera³; B. Gonzalo García⁵; R. Sáenz Ortigosa⁶; S. Sáez Jiménez⁷.

¹Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño.;

²Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Nájera. Logroño.;

³Medico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siete Infantes. Logroño.;

⁴Médico de Familia. Centro de Salud de Nájera. La Rioja.;

⁵Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro De Salud Cascajos. Logroño.;

⁶Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Logroño. La Rioja.;

⁷Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño. La Rioja.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 26 años que acude a consulta por presentar cifras elevadas de presión arterial (PA) en farmacia con una media de 172/98 mmHg. Como antecedentes personales destaca nefrolitiasis de oxalato cálcico en varias ocasiones. Refiere ocasionalmente cefalea de características tensionales desde que presentó último episodio de nefrolitiasis, hace un año. Padre y madre en tratamiento antihipertensivo. No tratamiento habitual. No hábitos tóxicos.

Exploración y pruebas complementarias: Peso:89,6 Kg;Talla:103 cm,IMC 24,4 Kg/m². Perímetro abdominal:83 cm. PA brazo derecho 162/99 mmHg. PA brazo izquierdo 154/102 mmHg. Exploración física normal. Analítica con hemograma,glucosa, iones, urea,creatinina, ácido úrico, perfil lipídico, FG, perfil férrico, hormonas tiroideas, PTH, vitamina D, calcio y fosforo: normal. Analítica en orina: elemental y sedimento, índice albumina/creatinina, metanefrinas, cortisol 24 horas, calcio, iones: normal. Rx tórax normal. Fondo de ojo normal. Electrocardiograma:Ritmo sinusal a 88 lpm, eje a 60, repolarización precoz, BIRD, no signos de hipertrofia. Se realiza MAPA: PA media diurna:176,2/99,2 mmHg, PA media nocturna 159,4/84,0 mmHg. PA de 24 horas:172,1/95,5 mmHg. Patrón no dipper. Ecografía doppler abdominal normal. Tras iniciar tratamiento en atención primaria con Imidapril 5 mg por la noche, se remite al paciente a nefrología para completar estudio. Se solicita TAC abdominal y ecocardiograma con resultado normal. Con las pruebas realizadas se descarta una hipertensión arterial (HTA) secundaria.

Juicio clínico: Hipertensión arterial esencial en paciente de moderado riesgo cardiovascular con antecedentes de nefrolitiasis.

Diagnóstico diferencial: Se trata de un paciente joven con HTA por lo que las pruebas complementarias realizadas van encaminadas a descartar causas secundarias de HTA: SAOS, enfermedad del parénquima renal, estenosis de la arterial renal, hiperaldosteronismo primario, síndrome de Cushing, alteraciones en hormonas tiroideas, feocromocitoma, coartación de aorta. Otras causas a valorar son la toma de fármacos o el uso de tóxicos.

Comentario final: En nefrología se descartan causas secundarias y, ante mal control de la PA se añade Manidipino 10 mg a la mañana. Se realiza de nuevo MAPA consiguiendo un buen control. El paciente presentó aumento de los valores de su PA durante un nuevo episodio de cólico renal, coincidiendo con dolor y toma de AINEs, que se normalizaron con la resolución del cuadro. Ante la buena evolución y buen control fue dado de alta por parte de nefrología y sigue controles en atención primaria. En la literatura está descrita la asociación entre HTA y nefrolitiasis. Está demostrado que pacientes jóvenes con litiasis renal, como el de nuestro caso, tienen mucho más riesgo de ser hipertensos. Las causas de la relación entre HTA y nefrolitiasis no están del todo establecidas y se han postulado alteraciones en el metabolismo del calcio; estrés oxidativo; asociación entre cálculos renales, síndrome metabólico y aterosclerosis; episodios de obstrucción del tracto urinario; infecciones urinarias y el uso de litotricia. Es importante para los médicos conocer esta relación entre litiasis renal e HTA para realizar en pacientes con nefrolitiasis una valoración individual del riesgo cardiovascular y llevar a cabo una intervención mediante prevención y/o tratamiento de la HTA.

Palabras clave: Hipertensión arterial, nefrolitiasis

Bibliografía

Shang W, [Li Y](#), [Ren Y](#), [Yang Y](#), [Li H](#), [Dong J](#). Nephrolithiasis and risk of hypertension: a meta-analysis of observational studies. BMC Nephrology. 2017.18:344