



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2503 - TENSIÓN ARRIBA, POTASIO ABAJO

P.J. Arévalo Frutos^a, A. Santiago Urbano^b, C. Álvarez López^c, D. Corona Mata^a, L. Martín Pérez^d, R. López Latorre^e, P. Medina Durán^a, M.M. Martín Sosa^e, A. Crespo Crespo^f y G. Gil Tocados^g

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^fMédico de Familia. Tutor Residente; ^gMédico de Familia. Centro de Salud Fuensanta. Córdoba. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Occidente Azahara. Córdoba. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carlota. Córdoba. ^dMédico de Familia. Centro de Salud de Guadalquivir. Córdoba. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Higuero. El Higuero.

Resumen

Descripción del caso: Paciente, 60 años, HTA de difícil control, SAOS y dislipemia en seguimiento MAP por hipopotasemia de repetición (inicial 3,1) y difícil control de TA. Crisis hipertensiva (8/6/2015) tras detección de cifras de 247/150, remitido a urgencias y dado de alta tras corrección de cifras tensionales. Episodio ictus 21/8/2015 en corona radiada derecha con hemiplejía izquierda, TAC abdominal con nódulo hiperplásico de 9 mm en glándula suprarrenal izquierda sugerente de adenoma. Derivación a urgencias (2/9/2015) tras consulta en MAP por calambres y astenia, hallazgo analítico de IRA e hiperpotasemia de origen iatrogénico. Descartado en entrevista clínica posible origen etiológico de alta ingesta de regaliz. Ante perfil analítico-clínico sugestivo HAP se deriva a Endocrino para descartar síndrome de Liddle.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración sin hallazgos relevantes. Pruebas complementarias: Analítica (inicial): TG 272, colesterol 227, LDL 83, K 3,1. Test score valoración riesgos: riesgo 2%. K en orina de 24 horas 56,1 (VN). EKG: RS a 66 lpm, eje normal sin alteraciones agudas de la repolarización. MAPA con control cifras tensionales (tras crisis HTA 160/90) Ecocardiografía: ligera HVI de características concéntricas. TAC abdomen: suprarrenal izquierda aspecto hiperplásico con nódulo de 9mm sugerente de adenoma. Control función renal tras IRA: creatinina 1,36; FG 57, úrico 9,7. Determinación cociente aldosterona/renina < 5,7.

Juicio clínico: Paciente con hipertensión refractaria e hipopotasemia de larga evolución. Diagnóstico diferencial de hipertensión secundaria.

Diagnóstico diferencial: Síndrome de Liddle, síndrome de Cushing, ingesta de regaliz, feocromocitoma, hiperplasia adrenal congénita, hiperaldosteronismo secundario (diuréticos, sdr. Bartter, sdr. Gitelman).

Comentario final: Paciente con HTA refractaria con graves repercusiones mediante la producción de episodio de ACVA e IRA; e hipopotasemia leve-moderada y asintomática de años de evolución hasta el momento filiada como síndrome de Liddle. Presentando un índice aldosterona/renina de < 5,7 que sugiere posible descarte de hiperaldosteronismo primario, pendiente de confirmación y

filiación de posible adenoma suprarrenal mediante solicitud de metanefrinas en plasma, test de Nugent y TAC abdominal para diagnóstico de hipopotasemia e HTA.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5ª ed.
2. Harrison: Principios de Medicina Interna, 18ª ed. McGraw Hill.

Palabras clave: *Hipopotasemia. Hipertensión. ACVA. IRA. Liddle.*