



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/609 - LO QUE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESCONDE. A PROPÓSITO DE UN CASO

J.L. Almenara Abellán<sup>a</sup>, A.B. Gómez Santos<sup>b</sup>, F. Silva Gil<sup>b</sup> y E. Navarrete Martínez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Posadas. Córdoba. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Posadas D. Rafael Flórez Crespo. Posadas. Córdoba. <sup>c</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud D. Rafael Flórez Crespo. Posadas. Córdoba.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 45 años, poco frecuentador, que acude por detección fortuita en farmacia de cifras tensionales elevadas. Asintomático. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas, no fumador, bebedor social, no tratamiento en la actualidad.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física: Afebril, TA 180/105, FC 75 lpm, IMC: 25,25. BEG, COC, NH y NP, eupneico en reposo, no soplos carotídeos. ACR: tonos rítmicos sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, sin masas, no doloroso a la palpación, puñopercusión renal bilateral negativa. EEII: no edemas ni signos de TVP. Pulsos conservados. Plan inicial: Se inicia tratamiento con olmesartan 40 mg/hidroclorotiazida 12,5 mg; solicitándose analítica y electrocardiograma, recomendamos evitar nefrotóxicos incidiendo en cambios en estilo de vida, e iniciamos estudio de hipertensión arterial. Hemograma normal; bioquímica: Cr 1,51 mg/dl; FG 53 mL/min, ácido úrico 10,6 mg/dl; lipidograma: CT 255 mg/dl; LDL 197 mg/dl, HDL 35 mg/dl. Orina: albúmina 2,20 mg/dl; albúmina/creatinina 30 mg/g. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 75 lpm, no signos de hipertrofia ventricular izquierdo. Ante los hallazgos encontrados reinterrogamos al paciente refiriéndonos que su madre tiene una patología renal no especificada, pero que precisa diálisis. Sospechando hipertensión secundaria a patología renal se solicita ecografía renal con resultado de: Riñones muy aumentados de tamaño con incontables quistes de distintos tamaños que dejan escaso parénquima entre ellos, hallazgos sugestivos de enfermedad poliquística renal. Se reajusta tratamiento, evitando nefrotóxicos, y se deriva a Nefrología.

**Juicio clínico:** Poliquistosis renal.

**Diagnóstico diferencial:** Enfermedad renal de origen parenquimatoso (glomerulonefritis aguda, nefritis crónica, enfermedad poliquística, nefropatía diabética, hidronefrosis), enfermedad renovascular, tumores productores de renina, retención primaria de sodio (síndrome de Liddle), alcohol, medicamentos nefrotóxicos.

**Comentario final:** La hipertensión arterial es un motivo frecuente de consulta en atención primaria alcanzando una prevalencia entre el 30-45% de la población general, y aunque la mayoría de las veces es de origen idiopático, en las ocasiones en las que hay una elevación grave de la presión o

aparición brusca de dicha elevación debemos sospechar una causa secundaria que obliga el estudio etiológico. La poliquistosis renal, es una de las nefropatías hereditarias más frecuentes, de curso asintomático, cuyas manifestaciones clínicas se dan a partir de 40-50 años siendo la más frecuente la hipertensión arterial. Debemos prestar atención a los antecedentes familiares, para evitar encontrarnos un debut con grave afectación renal.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, et al. Guía de práctica clínica de la ESH/ESC para el manejo de la hipertensión arterial. *Revista Española de Cardiología*. 2013;66:880.
2. Gonzalo A, Gallego A, Rivera M, Orte L, Ortuño J. Influence of hypertension on early renal insufficiency in autosomal dominant polycystic kidney disease. *Nephron*. 1996;72:225-30.