



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1353 - ¡Doctor: mi TENSIÓMETRO se ha vuelto loco!

S. Roig Berzosa^a y M.A. Haro Vallecillos^b

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Riu Nord Riu Sud. Santa Coloma de Gramenet. Barcelona. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Viladecans 2. Viladecans. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 44 años sin alergias, fumadora 6 paquetes/año, niega otros hábitos tóxicos, antecedentes de hipertensión arterial de 10 meses de evolución mal controlada con enalapril 20 mg cada 12 horas, anemia ferropénica de larga evolución en tratamiento con ferrotterapia vía oral. Acude a urgencias de atención primaria por mal control de cifras tensionales que explica discordantes entre ambos brazos e inestabilidad cefálica de 2 meses de evolución en relación a los esfuerzos, asociado a cuadro constitucional con pérdida de 40 kg de peso en 3 meses, mialgias y claudicación de extremidad superior izquierda en las últimas 3 semanas. Además refiere oliguria desde hace 72 horas coincidiendo con aumento de dosis de enalapril por mal control tensional. A la exploración paciente obesa, destaca presión arterial en brazo derecho 120/85 mmHg e izquierdo 90/indetectable, presencia de soplo supraclavicular izquierdo, siendo el resto de la exploración normal.

Exploración y pruebas complementarias: Analítica: hemoglobina 10,5 mg/dl, leucocitos 13.100/mm³, plaquetas 455.000/mm³, urea 53 mg/dl, creatinina 2,79 mg/dl, glucosa 94 mg/dl, Na+ 134 mmol/L, K+ 5,4 mmol/L, PCR 18,1 mg/dl, CK 106 u/L, ALT 8 u/L. Proteinograma y estudio del complemento normal. Equilibrio ácido-base normal. ECG normal. Rx tórax normal. Sedimento de orina anodino. TC toraco-abdominal: estenosis > 70% arteria subclavia izquierda de 5 mm de longitud. Arteriografía: estenosis > 50% arteria renal principal derecha de 4 mm de longitud. Pletismografía digital: atenuación de onda pletismográfica en territorio vascular de mano izquierda.

Juicio clínico: Orientamos el caso como arteritis de Takayasu (AT) con afectación de arteria supraclavicular izquierda y renal e insuficiencia renal aguda secundaria a IECAS, cumpliendo 5 criterios de 6 de la American College of Rheumatology para AT (ACR, 1990). La arteritis de Takayasu tiene una prevalencia superior en mujeres (8:1), con una edad media de presentación a los 25 años, con una incidencia variable en función del área geográfica desde 1,2-1,26/mill hab/a (EEUU y Norte de Europa respectivamente).

Diagnóstico diferencial: Arteritis de células gigantes (Horton), enfermedad de Behçet, Ehlers-Danlos, infecciones, vasculitis inducidas por fármacos, arterioesclerosis, displasia fibromuscular.

Comentario final: Aunque la incidencia de AT es muy baja en nuestro entorno, es importante descartar causas menos frecuentes de HTA. En la consulta de atención primaria delante de cifras

tensionales elevadas en el adulto joven deberíamos de registrar en al menos una ocasión la presión arterial en ambos brazos, así como excluir causas secundarias de hipertensión arterial como el consumo de tóxicos, enfermedades sistémicas (reumatológicas y fármacos como en nuestro caso) tumorales, endocrinológicas, patología vascular entre otras; En aquellos pacientes con empeoramiento de la función renal con aumento de dosis de IECA cabe descartar patología estructural vascular renal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mikuls T, Erickson A, Cannella A, Moore G F. Manual de Reumatología. México DF: El Manual Moderno; 2014.
2. Kerr GS, Hallahan CW, Giordano J, et al. Takayasu´s arteritis. Ann Intern Med. 1994;120:919.