



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/627 - A PROPÓSITO DE UNA CIFRA TENSIONAL ELEVADA

A. Moreno González^a, C. Vidal Ribas^a, M. Albaladejo Blanco^a, M. Porcel Lladó^a, J.I. Ramírez Manent^a, M. Sarmiento Cruz^a, B. Marcos^a, L. Cantos Casalta^b, L. Martín Nieto^a y A. Oliver Gomila^a

^aMédico de Familia; ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ponça. Calviá.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 28 años, de Bulgaria, acude por cefalea holocraneal intensa de varias horas, mientras hacía ejercicio, empeora con Valsalva. Hace 1 semana cayó en moto, hasta la visita asintomático. Único antecedente cólicos renales.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial (TA) 190/120, exploración neurológica, cardiológica-circulatoria normal. No mejora con metamizol y por características-antecedente derivamos a urgencias y recitamos. En urgencias TAC craneal normal. Reacude en 48h, persistiendo tensión 175/110. Se inicia enalapril, recomendándose no practicar ejercicio hasta control TA, solicitamos: Analítica: creatinina 1,72 mg/dl, urea 79 mg/dl, FG47. Estudio inmunológico: negativo. Orina: creatinina 96,1 mg/dl, microalbuminuria 1691 mg/L, microalb/creat 1.760, hematíes 10-15/campo. ECG: normal. Realizamos hincapié en la historia. En su país le diagnosticaron enfermedad renal sin realizar el tratamiento recomendado. En ocasiones la orina es parda, le dura unos días y se autolimita.

Juicio clínico: Cefalea relacionada con la caída (descartar hemorragia intracraneal), con TA elevada asociada a dicha patología.

Diagnóstico diferencial: Hipertensión arterial esencial. Hipertensión secundaria a: glomerulonefritis aguda/patología renal crónica/neurológica/tóxicos. Basándonos en anamnesis, exploración y pruebas complementarias, lo orientamos como hipertensión arterial secundaria a enfermedad renal y le derivamos a nefrología: Ecografía: normal. Biopsia: glomerulonefritis crónica proliferativa IgA. Tratamiento prescrito y evolución: El nefrólogo mantiene enalapril y realiza controles estrechos de TA, función renal, proteinuria y hematuria. La TA se ha normalizado, la proteinuria se mantuvo en rango nefrótico. Por ello se añadió prednisona y micofenolato. En el control hace 3 meses la proteinuria disminuyó hasta 1 g/L. Si se mantiene, se valorará suspender el tratamiento corticoideo.

Comentario final: Si detectamos cifras tensionales elevadas, aunque puedan estar justificadas por otra causa, debemos realizar seguimiento. Nuestro paciente fue diagnosticado de glomerulonefritis crónica proliferativa IgA (la glomerulonefritis primaria más frecuente), siendo la forma de presentación más común la hematuria recurrente con o sin proteinuria. El objetivo del tratamiento es evitar la progresión hacia enfermedad renal crónica. Incluirá medidas generales (control TA y factores de riesgo cardiovascular), control de la proteinuria (IECA-ARAI) y en ocasiones tratamiento

inmunomodulador.

Bibliografía

1. Moliner-Puente JR, Castiñeira-Pérez C, Domínguez-Sardiña M, et al. Hipertensión arterial. Fisterra.com (internet). 2014.
2. Praga-Terente M. Tratamiento de las glomerulonefritis crónicas. Nefrología. Vol XVIII, Supl 6.

Palabras clave: *Hipertensión. Glomerulonefritis.*