



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/798 - HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Sanchis Plasencia^a, M. Navarro Vicente^a, M.M. Moreno Jiménez^b, M.Á. Rosero Arenas^a, E. Rosero Arenas^a y M.Á. Benavent Pérez^a

^aMédico de Familia. Centro de Salud de Cheste. Valencia. ^bMédico de Familia. Centro de Salud de Aldaia. Valencia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 43 años. Debut de HTA dos años antes con crisis hipertensiva (PA 193/114). No otros antecedentes de interés. Tratada inicialmente con enalapril/hiclorotiazida, con normalización de PA a los 4 días, retirando hiclorotiazida con buen control. Un mes después de retirar enalapril presentó de nuevo PA elevada (PA 161/91), reintroduciéndolo, manteniendo buen control con 10 mg del mismo. Veinte meses después del debut presentó hematuria con coágulos remitiéndose a urgencias hospitalarias, diagnosticándose de infección del tracto urinario (ITU). Al persistir hematuria con deterioro general se remitió de nuevo.

Exploración y pruebas complementarias: En el debut, auscultación cardiopulmonar, palpación abdominal, ECG y analítica (función renal, iones, TSH, sedimento de orina) normales. En el momento de la hematuria: urocultivo negativo. Ecografía abdominal: masa sólida renal izquierda con desplazamiento vascular de riñón izquierdo (RI). TAC abdominopélvico: lesión sólida de 129 mm de diámetro máximo en RI con adenopatías de aspecto patológico. Sospecha de carcinoma de células renales (T2bN1M0). Nefrectomía radical izquierda con linfadenectomía parahiliar y paraaórtica, confirmándose carcinoma cromóforo con márgenes de resección negativos e hiperplasia folicular en ganglios analizados (pT2N0M0).

Juicio clínico: HTA secundaria a tumor renal.

Diagnóstico diferencial: Neoplasia de vía urinaria, ITU, HTA primaria.

Comentario final: La paciente mantiene revisiones en urología, sin recidiva tumoral. 6 meses tras nefrectomía se retiró enalapril (PA 117.33/76.33). 15 meses tras nefrectomía y 9 tras retirada de antihipertensivos mantiene PA normal (131/73). En el estudio inicial de HTA se deben descartar causas secundarias (historia familiar de enfermedad renal crónica, enfermedades del parénquima renal, feocromocitoma, uso de fármacos o sustancias, hiperaldosteronismo, enfermedad tiroidea). En este caso, la buena respuesta y control junto con exploraciones iniciales normales, no hicieron sospechar HTA secundaria. La persistencia de buen control de PA sin tratamiento tras nefrectomía confirma HTA secundaria a tumor renal.

Bibliografía

1. Feldman, et al. Etiology and evaluation of hematuria in adults. Uptodate, 2012.
2. Torres Grela MJ, et al. Paciente con hipertensión arterial y tumor renal. Hipertensión. 2005;22:332-4.
3. Mancia, et al. Guía de práctica clínica de la ESH/ESC para el manejo de la hipertensión arterial (2013). Hipertens Riesgo Vasc. 2013;30(Supl 3):1.

Palabras clave: *Hipertensión arterial. Hematuria. Tumor renal.*