



242/3629 - HIPERTENSIÓN ARTERIAL MALIGNA: A PROPÓSITO DE UN CASO

F. Otero Rosado^a, F. Villalba Alcalá^b y A. Domínguez Jiménez^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC de Osuna. Sevilla. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Osuna. Sevilla. ^cMédico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Estepa. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 39 años con hipertensión arterial esencial de difícil control desde hace 10 años y enfermedad renal crónica. Sin otros antecedentes personales de interés. En tratamiento con lecardinipino 20 mg/24 horas, clortalidona 50 mg/24 horas y espironolactona 100 mg/24 horas, manejando cifras tensionales en torno a 160/100 mmHg, con frecuentes crisis hipertensivas. Refiere mal cumplimiento terapéutico. En esta ocasión consulta en atención primaria por cuadro de cefalea holocraneal desde hace 3 días y mialgias en miembros superiores e inferiores de forma ocasional. En consulta se detectan cifras de tensión arterial en 240/140 mmHg. Ante estos hallazgos se deriva a servicio de urgencias para tratamiento de crisis hipertensiva.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física y neurológica: sin hallazgos patológicos. Hemograma: sin alteraciones significativas. Bioquímica: destaca un aumento de los niveles de creatinina: 3,21 mg/dl (previo en 2,03 mg/dl hace un año). Orina con proteinuria de 100 mg/dl y cilindros hemáticos. En 2014 se realizó estudio de hipertensión arterial secundaria, descartándose alguna causa desencadenante. Fondo de ojo: retinopatía hipertensiva grado III. Ecocardiografía: hipertrofia ventricular concéntrica grave.

Juicio clínico: Enfermedad renal crónica secundaria a hipertensión arterial maligna.

Diagnóstico diferencial: Hipertensión arterial secundaria (hiperaldosteronismo, feocromocitoma...). Nefropatías. Patología urinaria obstructiva. Otras causas (hipertensión por fármacos, coartación de aorta...).

Comentario final: La hipertensión arterial esencial no tratada constituye la etiología principal de hipertensión arterial maligna. Es fundamental realizar un adecuado seguimiento y valorar el cumplimiento terapéutico de los pacientes hipertensos. La realización del fondo de ojo sigue siendo primordial en el diagnóstico de la hipertensión maligna. La ausencia de dicha exploración puede suponer un infradiagnóstico del proceso. Es de gran importancia diagnosticarlo cuanto menores sean las cifras de creatinina para aumentar la supervivencia. En cuanto al tratamiento, por sus efectos tanto antihipertensivos como antiproteinúricos, los IECA y los ARA II son los fármacos de elección en estos pacientes.

Bibliografía

1. Morales E, González R, Gutiérrez E, Gutiérrez-Solís E, Segura J, Praga M. Hipertensión arterial maligna. Una visión actualizada. *NefroPlus*. 2011;4(1):34-43.
2. Botey A. Nefropatías de origen vascular. En: Agustí A, Bayés de Luna A, Brugada J, et al. eds. *Tratado de Medicina Interna Farreras-Rozman*, 17^a ed. Barcelona: Elsevier; 2012. p. 853-61.

Palabras clave: Hipertensión arterial maligna. Nefropatía vascular. Retinopatía hipertensiva.