



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



424/1 - HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO: HIPERTENSIÓN DE INICIO TEMPRANO Y DIFÍCIL CONTROL, ENFOQUE Y MANEJO

M. Gervás Alcalaya

Médico de Familia. Centro de Salud Reyes Católicos. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 32 años cuyo padre falleció por rotura aneurisma de la aorta abdominal y abuelo por ACV con menos de 70 años. Padece Hipertiroidismo primario autoinmune en tratamiento con tirodril y comienza con Hipertensión estadio 3 con leve hipokaliemia, sin otros síntomas añadidos salvo mal control con losartán.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 153/102. Glucosa, perfil lipídico y renal completo normal salvo K: 3,3. No proteinuria. Peso: 67 kg, talla: 1,70 m, IMC: 23,2, hormonas tiroideas normales. ECG no signos de hipertrofia de ventrículo izquierdo. Fondo de ojo normal.

Orientación diagnóstica: Se deriva a especializada por sospecha de HTA secundaria: renina < 0,10 ng/ml/h (baja), aldosterona 685 pg/ml/μg/min (elevada). Test de supresión de aldosterona sólo parcial con infusión salina. TAC abdominal: incidentaloma suprarrenal derecho (10 × 9 mm). Cateterismo de venas adrenales: posible hiperplasia suprarrenal. Durante todo este proceso, el paciente pasa por épocas de mal control de tensión arterial con losartan, telmisartán... corroborado por MAPA. Una vez diagnosticado de hiperplasia, se cambia tratamiento antihipertensivo: eplerenona y amlodipino, alcanzándose un buen control. Durante los siguientes diez años, el control de la tensión arterial se vuelve más difícil: hay que subir dosis de eplerenona y amlodipino e incluso añadir doxazosina, el tamaño del adenoma va aumentando (18 × 15 mm) y el paciente sufre hipopotasemias graves de difícil control. Todo esto lleva a pensar en adenoma hiperfuncionante, realizándosele suprarrenalectomía derecha laparoscópica (anatomía patológica: adenoma). En la actualidad lleva meses sin tratamiento antihipertensivo.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad renal parenquimatosa, renovascular, feocromocitoma, hipercortisolismos, síndrome de apnea del sueño, hipertiroidismo, hiperparatiroidismo primario...

Comentario final: Este caso nos hace reflexionar sobre la importancia del diagnóstico de HTA secundaria, dentro de la cual ocupa un lugar destacado el hiperaldosteronismo primario y sus tipos: adenoma e hiperplasia, cuyo diagnóstico no siempre está claro y así como el tratamiento de la HTA que producen.

Bibliografía

1. Núñez A, Handal D, Fernández U, Rodríguez Flórez S. Hiperaldosteronismo primario y

secundario. Disponible en: [https://www.fisterra.com/guías-clínicas/hiperaldosteronismo -primario-secundario](https://www.fisterra.com/guías-clínicas/hiperaldosteronismo-primario-secundario)

Palabras clave: Hipertensión secundaria. Hiperaldosteronismo.