



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 424/2784 - LA HIPERTENSIÓN SE ENCUENTRA OCULTA

P. Mostaza Gallar<sup>1</sup>, S. Ortega Ramos<sup>1</sup>, E. Durán Garrido<sup>2</sup> e I. García Jiménez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Eloy Gonzalo. Madrid. <sup>2</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Eloy Gonzalo. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 42 años con obesidad IMC 31 sin otros antecedentes. La paciente acude de urgencias al centro de salud por episodio de ansiedad por problemas familiares y se detectan tensiones arteriales elevadas. Se le administra captopril y lorazepam sin controlarse por lo que se diagnostica de hipertensión arterial severa con tres tomas > 180/140. Se le pauta enalapril y lorazepam y la remiten para control por su médico de cabecera. En consulta persisten tensiones muy elevadas TA 184/101 mmHg pese a la toma de enalapril, por lo que se modifica el tratamiento pautándole ramipril con HCT y amlodipino y se solicita electrocardiograma y analítica. A los 5 días revisamos a la paciente y realizamos una ecografía abdominal sin hallazgos con resultados de analítica y electrocardiograma normales. Persisten tensiones muy elevadas pese al tratamiento. Derivamos a la Unidad de Hipertensión por sospecha de Hipertensión secundaria. Le realizaron un TAC en el que observaron un adenoma en glándula suprarrenal izquierda y posteriormente un cateterismo venoso suprarrenal con resultado positivo con lateralización izquierda. Por lo se verifica una hipertensión secundaria por hiperaldosteronismo primaria debido a un aldosteronoma en glándula suprarrenal izquierda. Actualmente pendiente de tratamiento quirúrgico.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 184/140 mmHg. Analítica: con parámetros dentro de la normalidad. ECG: normal. TAC de abdomen: nódulo en glándula adrenal izquierda de 9 mm. CyC: no soplos carotídeos. ACP y abdomen normal.

**Orientación diagnóstica:** Hipertensión secundaria.

**Diagnóstico diferencial:** Hipertensión arterial esencial, coartación de aorta, hiperaldosteronismo.

**Comentario final:** La hipertensión secundaria debida a una causa identificable afecta aproximadamente al 5-10% de los pacientes hipertensos. Los motivos más frecuentes de hipertensión arterial secundaria son la enfermedad renal parenquimatosa, la enfermedad renovascular, el hiperaldosteronismo primario y el síndrome de apnea del sueño. En este caso queremos resaltar la importancia de sospechar esta patología sobre todo en pacientes jóvenes con tensiones sistólicas muy altas, sin factores de riesgo y no control con 3 o más fármacos. Si no pensamos en ella podemos iniciar una escalada farmacológica sin conseguir control tensional además de cometer un error diagnóstico con las posibles repercusiones que conlleva.

### Bibliografía

1. Giner Galvañ V, Esteban Giner MJ. Estrategias para el despistaje de la HTA secundaria. Hipertensión. 2006;23:284-97.

**Palabras clave:** Hipertensión. Hiperaldosterona.