



## 204/209 - HIPERTENSIÓN ARTERIAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

M.P. Carlos González<sup>a</sup>, M. Fernández García<sup>b</sup>, N. Santos Méndez<sup>c</sup>, L. Alli Alonso<sup>d</sup>, M.J. Labrador Hernández<sup>e</sup>, A.M. González Pedraja<sup>f</sup>, J.L. Cepeda Blanco<sup>g</sup>, V. Acosta Ramón<sup>h</sup>, A. Aldama Martín<sup>g</sup> y C.A. Reyes Mateo<sup>i</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cazoña. Santander. <sup>b</sup>Médico Internista. Servicio de Urgencias; <sup>f</sup>FEA Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo. Santander. <sup>d</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>h</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS José Barros. Santander. <sup>e</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Alisal. Santander. <sup>g</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo. Santander. <sup>i</sup>Médico de Familia. Servicio Cántabro de Salud.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 29 años que acude a atención primaria por cuadro de una semana de evolución de disnea paroxística nocturna y cefalea que ha ido en aumento. Tras objetivarse en la consulta de atención primaria cifras tensionales de 260/150 mmHg, se administra capoten y se deriva al servicio de urgencias para valoración. Antecedentes personales: HTA desde los 23 años de difícil control con lesión de órgano diana (hipertrofia concéntrica de ventrículo izquierdo moderada FE: 60-65%) en seguimiento por servicio de nefrología. Estudio de hipertensión secundaria negativo. A pesar de tratamiento antihipertensivo tripleterapia (dosis máximas) persisten cifras elevadas de tensión arterial por lo que se lleva a cabo una denervación simpática renal en 2013. Tratamiento actual: no adherencia a tratamiento desde hace un año y medio.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 260/160 mmHg. FC: 124 lpm. T<sup>a</sup>: 36,5 °C. SatO<sub>2</sub>: 92%. GCS: 15. Consciente, orientado, taquipneico en reposo, diaforesis profusa, palidez de piel y mucosas, regular estado general. PVY aumentada. AC: rítmico sin soplos. AP: MVC con crepitantes 2/3 inferiores del pulmón derecho y en base izquierda. Abdomen anodino. MMII sin edemas. Rx: cardiomegalia a expensas de ventrículo derecho y ventrículo izquierdo. Infiltrado en alas de mariposa. ETT: miocardiopatía hipertrófica en fase dilatada, con FE de VI de 30%.

**Juicio clínico:** Emergencia hipertensiva. Edema agudo de pulmón. Miocardiopatía hipertrófica fase dilatada.

**Diagnóstico diferencial:** Insuficiencia cardíaca.

**Comentario final:** La hipertensión resistente se define como la presión arterial que se mantiene por encima de lo óptimo a pesar del uso concurrente de tres agentes antihipertensivos de diferentes clases, una de las cuales debe ser un diurético. Los pacientes cuya presión arterial está controlada con cuatro o más medicamentos se considera que tienen hipertensión resistente o refractaria. Estos pacientes corren un alto riesgo de eventos cardiovasculares adversos. La presión arterial deseada es

menor de 140/90 mmHg en pacientes hipertensos de riesgo moderado. Los factores de riesgo potencialmente reversibles que contribuyen a controlar la hipertensión resistente incluyen antihipertensivos, cambios en el estilo de vida y en la dieta y valoración de causas secundarias de hipertensión. Se debe descartar como causa de hipertensión el aldosteronismo primario, estenosis de la arteria renal, insuficiencia renal y la apnea obstructiva del sueño. Otras causas poco comunes pero que se deben descartar incluyen el feocromocitoma, síndrome de Cushing y coartación de aorta. En el caso del paciente al haberse descartado causas secundarias y al no haber un control de la tensión arterial a pesar del tratamiento con tres antihipertensivos se decide realizar una denervación simpática renal, presentando mejoría en las tensiones, razón por la cual deja de acudir a las citas de control hasta que se presenta de vuelta con cuadro de edema agudo de pulmón. Actualmente en espera de trasplante cardíaco.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Vongpatanasin W. Resistant hypertension: a review of diagnosis and management. JAMA. 2014;311:2216.
2. James PA, Oparil S, Carter BL, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA. 2014;311:507.