



204/25 - REPORTE DE UN CASO: UN DIFÍCIL MANEJO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)

M. García Aroca^a, K.P. Baldeón Cuenca^b, A. Nofan Maayah^c y V.E. Choquehuanca Núñez^d

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Los Dolores. Cartagena. ^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Besaya. Torrelavega. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo Costa. Santander. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isabel II. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Acude a consulta de Atención Primaria (AP) una mujer de 65 años refiriendo cefalea de características tensionales de 3 meses de evolución sin predominio de franja horaria refractario a tratamiento analgésico. Hace 3 días se ha exacerbado la sintomatología asociada a fatiga, debilidad muscular y aumento de su nerviosismo habitual. Como antecedentes personales no constan alergias conocidas, niega hábitos tóxicos, hiperlipemia mixta, HTA con mal control y antecedente de cardiopatía isquémica. En tratamiento actual con AAS 100 mg/día, atorvastatina 10 mg/día, hidroclorotiazida 12,5 mg/día, ramipril 5 mg/día, olmesartan 20 mg/día y lorazepam 1 mg/día.

Exploración y pruebas complementarias: Normohidratada, normocoloreada y sin datos físicos relevantes. PA 195/105 mmHg con valores de temperatura, saturación y frecuencia cardíaca compatibles con la normalidad. Se realiza analítica de control observando: glucosa 150 mg/dl, urea 57 mg/dl, K⁺ 2,7 mmol/l, Hb glicosilada 9,7%, niveles de aldosterona 250 pg/ml y una relación aldosterona/renina > 500. RMN de glándulas suprarrenales "nódulo de 20 mm sugestivo de lesión adenomatosa". En esta paciente se optó por manejo conservador con tratamiento farmacológico basado en amlodipino 10 mg/día y espironolactona 100 mg/día cual normalizó la PA y kalemia.

Juicio clínico: Síndrome de Conn.

Diagnóstico diferencial: Crisis HTA, hiperplasia suprarrenal, síndrome nefrótico.

Comentario final: Destacar la importancia de una buena historia clínica y anamnesis claves para un diagnóstico y tratamiento precoz y efectivo. Como médicos de Atención Primaria no debemos desistir en profundizar en el estudio de un paciente a fin de desenmascarar lo que pudiera ser síntoma subyacente de patología orgánica. El hiperaldosteronismo primario es una de las causas a valorar en poblaciones con hipertensión difícil de tratar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dluhy R. Harrison's Principles of Internal Medicine, 16th ed.

2. Seiler L, Reincke M. The aldosterone to renin ratio in secondary hypertension. *Herz*. 2003;28:686-91.