

# **CASO CIEGO HTA SECUNDARIA**

**ML. Garnica Álvarez; P. Segura Torres; A. Liebana Cañada.  
Servicio Nefrología. Complejo Hospitalario de Jaén**



# CASO CLINICO

- Varón de 18 años
- AP: Duplicidad pielocalicial derecha
- **HTA mal controlada de 6 meses** de evolución
- Ocasionalmente mareo ortostático leve
- Hidroclorotiazida 25 mg/día

# EXPLORACIÓN FÍSICA

- **TA:** BD: 152/92 mmHg  
BI: 144/90 mmHg  
De pie : 142/102 mmHg.
- **FC:** 80 lpm.      **Peso:** 63,4 kg
- **Talla:** 164 cm.      **IMC:** 23,57 kg/m<sup>2</sup>
- **Cintura:** 80 cm
- **Fondo de ojo:** sin signos de retinopatía hipertensiva.



**¿Debemos sospechar una posible hipertensión secundaria?  
¿Porqué?**

**¿ Qué pruebas complementarias utilizarías para comenzar el proceso diagnóstico ?**





# PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (1)

- **Hemograma**: Plaquetas 490.000 mm<sup>3</sup>
- **Bioquímica**: Cr 1 mg/dl. Acido úrico 8,3 mg/dl. Calcio 10,7 mg/dl. Sodio 149 mEq/l. Potasio 4,9 mEq/l. Colesterol total 230 mg/dl. HDL 111 mg/dl. LDL 102 mg/dl.
- Perfil tiroideo normal
- Renina y aldosterona normales



# PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (2)

- Orina:

**microalbuminuria 2,3 mg /día.**

**Ácido vanilmandélico 17,5 mg/24h (2-10 mg/24h)**

**Metanefrinas 10,2 mg/h (0-1 mg/24h)**

**Noradrenalina 1339 mcg/24 h (< 55 mcg/24h)**

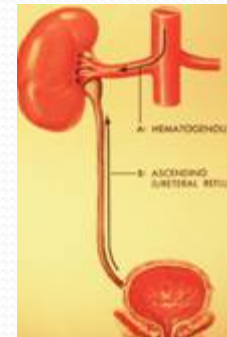
**Adrenalina 14 mcg/24h (<18 mcg/24h)**

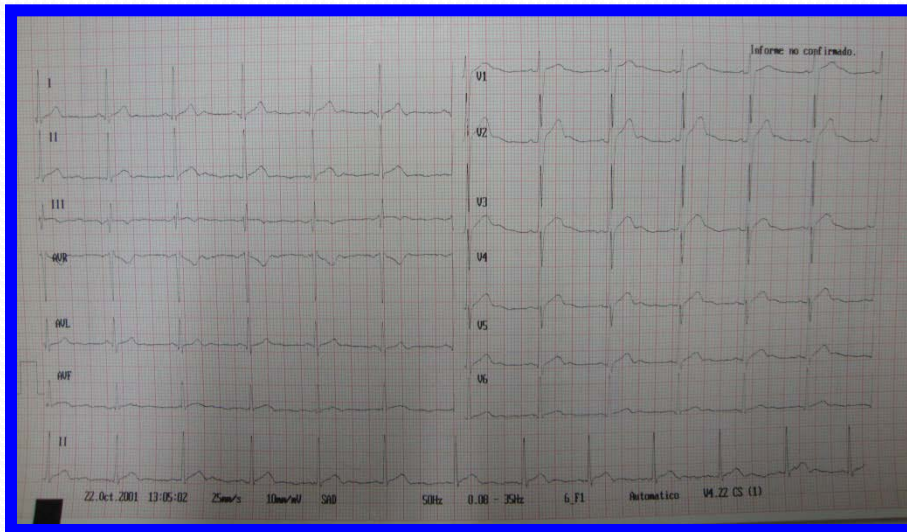
**Dopamina 74 mcg/24h (<400 mcg/24h)**

➤ **Rx de tórax:** sin alteraciones



➤ **Urografía iv:**  
Duplicidad pielocalicial  
derecha apreciándose unión  
ureteral en tercio proximal



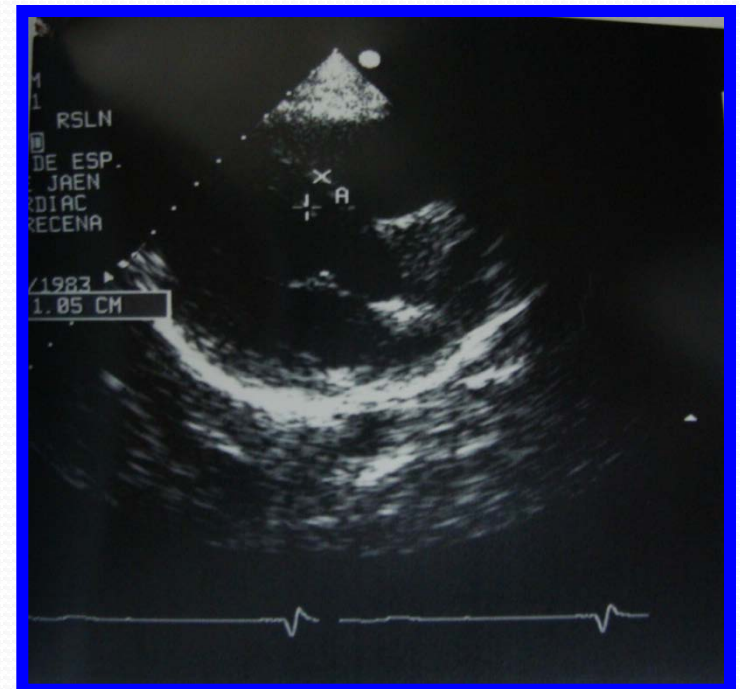


## ECG

Compatible con la normalidad.

## Ecocardiografía

Ligero aumento del grosor del tabique interventricular (12 mm)





# JUICIO CLINICO

HTA

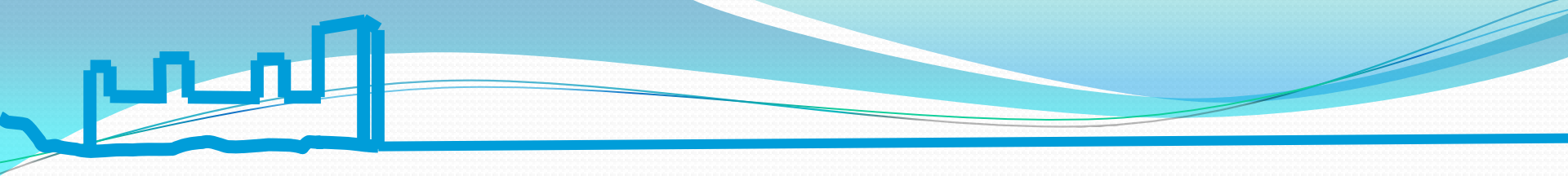
+



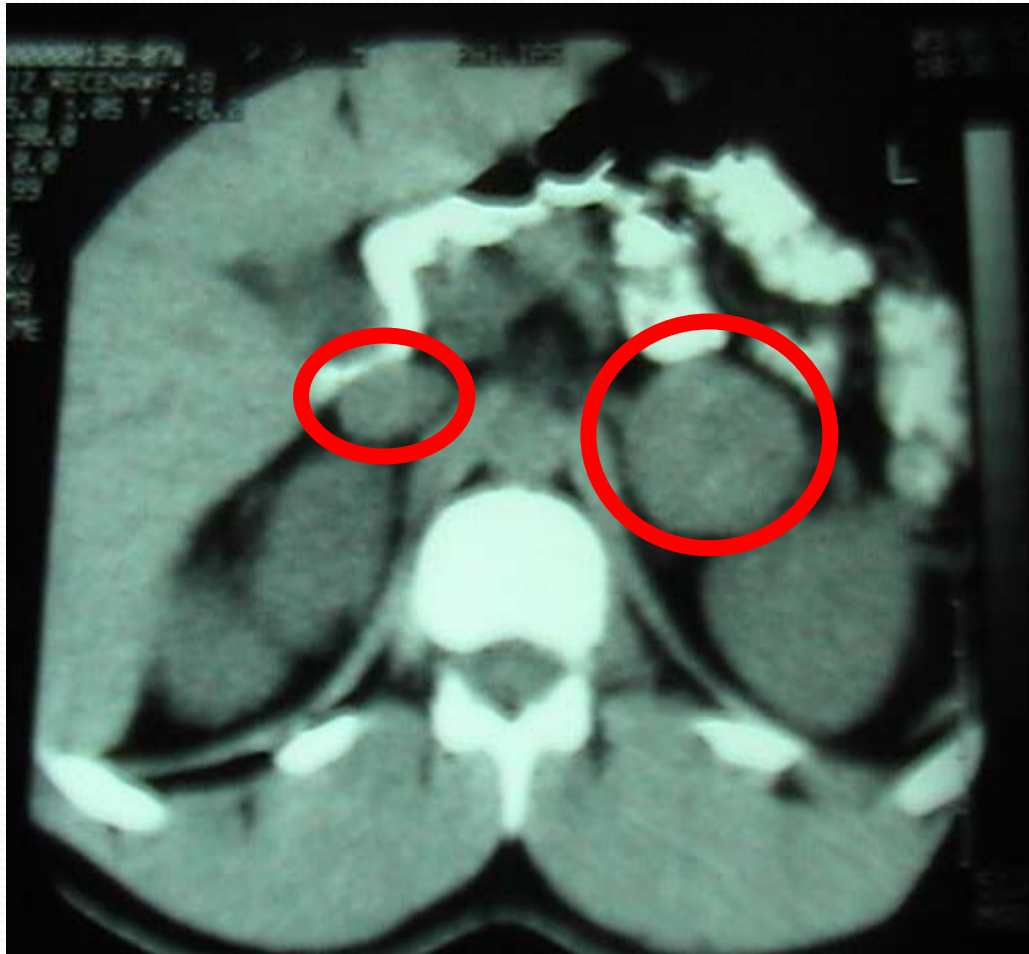
¿?



Catecolaminas  
y sus metabolitos  
(orina)



**Y ahora...**  
**¿ Qué pruebas pedirías para  
el estudio de extensión?**



## TAC ABDOMINAL

Nódulo hipodenso de 5 cm en glándula suprarrenal derecha y de 4,5 cm izquierda

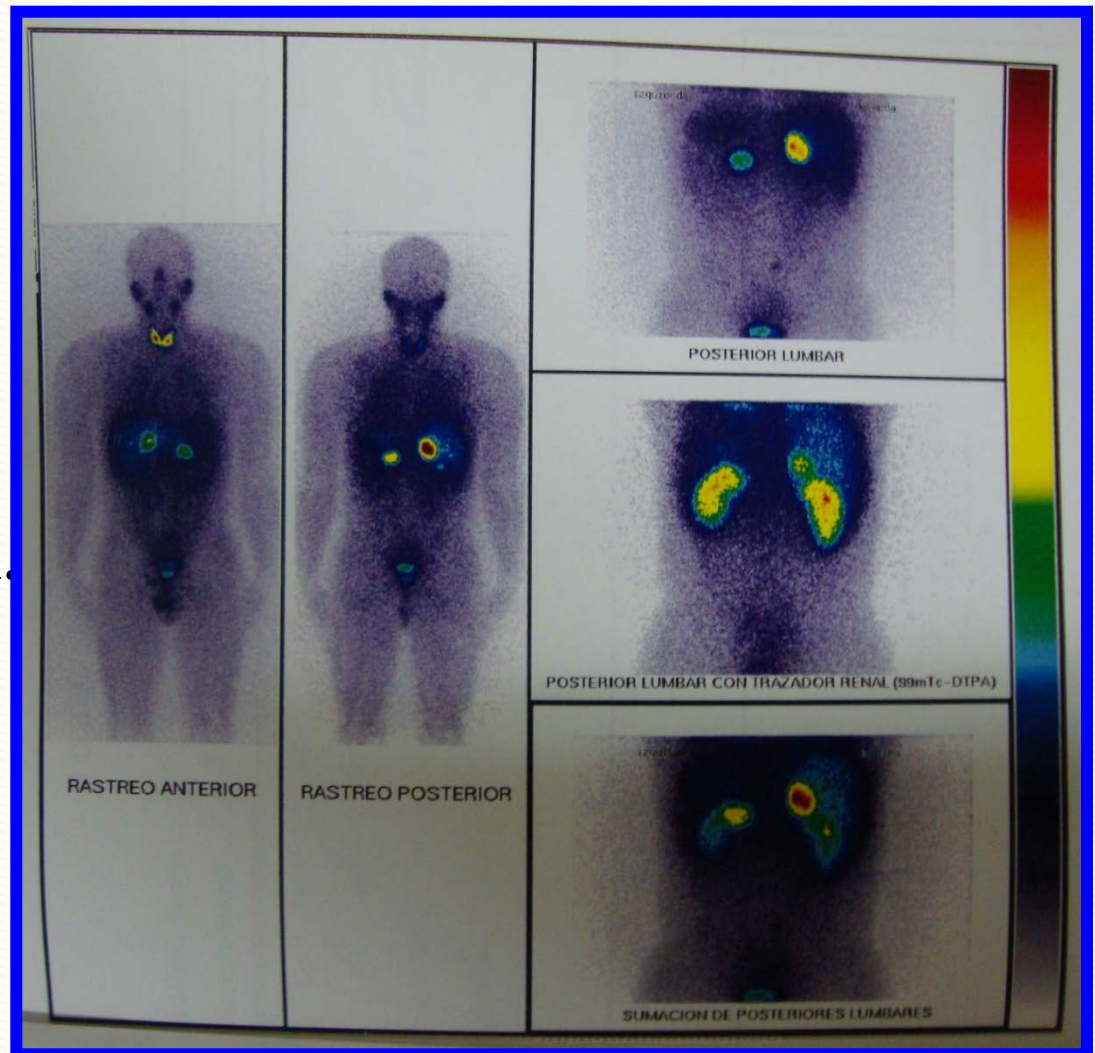
## RM ABDOMEN



# Rastreo con MIBG

Hiperfunción adrenal medular bilateral.

Se descartan focos patológicos a distancia.





# DIAGNÓSTICO

**HTA secundaria a **



**Edad del  
paciente**

**Bilateralidad**

**FEOCROMOCITOMA  
FAMILIAR ????**

**En la diapositiva anterior se plantean particularidades del caso que nos orientan hacia un posible caso de Feocromocitoma familiar.**

**¿ Debemos proseguir el estudio?**

**¿ Qué posibilidades diagnósticas nos encontramos?**





# Preguntas:

¿Cuándo debemos sospechar que podamos estar ante una HTA debida a una causa secundaria?

- a) HTA maligna
- b) Complicaciones orgánicas importantes
- c) Edad al diagnóstico < 30 años
- d) HTA de difícil control
- e) Todas las anteriores son correctas





Respecto al tratamiento del feocromocitoma , ¿ cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?

- a) La fenoxibenzamina ( bloqueo  $\alpha$ ) debe administrarse al menos los 10-14 días previos a la cirugía
- b) Actualmente se prefiere la cirugía laparoscópica en tumores < a 6cm
- c) Los bloqueantes  $\beta$ - adrenérgicos se administran después de haber inducido un bloqueo  $\alpha$  previo
- d) Siempre será de elección la cirugía laparoscópica en todos los tumores



Un paciente con un feocromocitoma puede tener todo lo siguiente, EXCEPTO:

- a) Hiperglucemia
- b) Palpitaciones
- c) Cefalea
- d) Obesidad
- e) Hipertensión arterial



¿Cuál NO es una causa de HTA secundaria?

- a) Hiperaldosteronismo
- b) Anovulatorios
- c) Coartación de aorta
- d) Tumores secretores de renina
- e) Todas son causas de HTA secundaria