

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/m²
- **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 mm³
- **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)

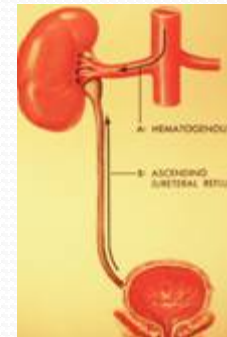
Dopamina 74 mcg/24h (<400 mcg/24h)

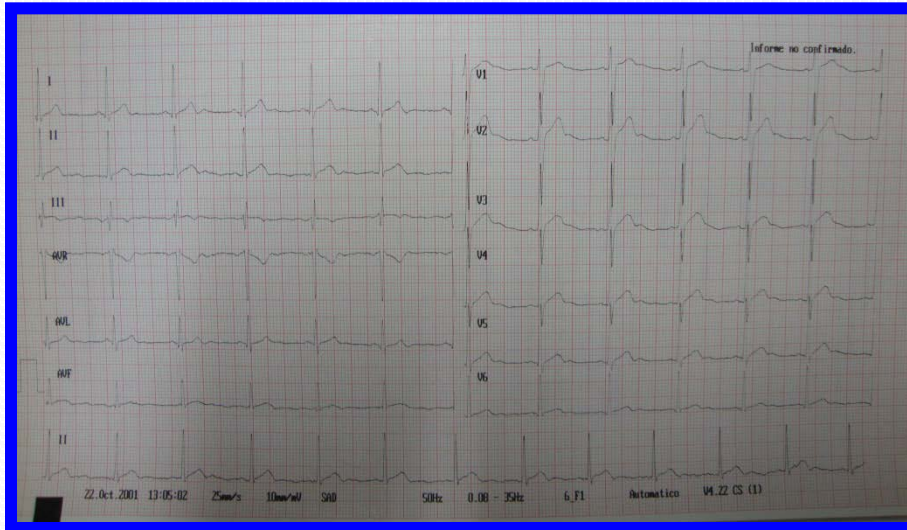
➤ **Rx de tórax:** sin alteraciones



➤ **Urografía iv:**

Duplicidad pielocalicial
derecha apreciándose unión
ureteral en tercio proximal



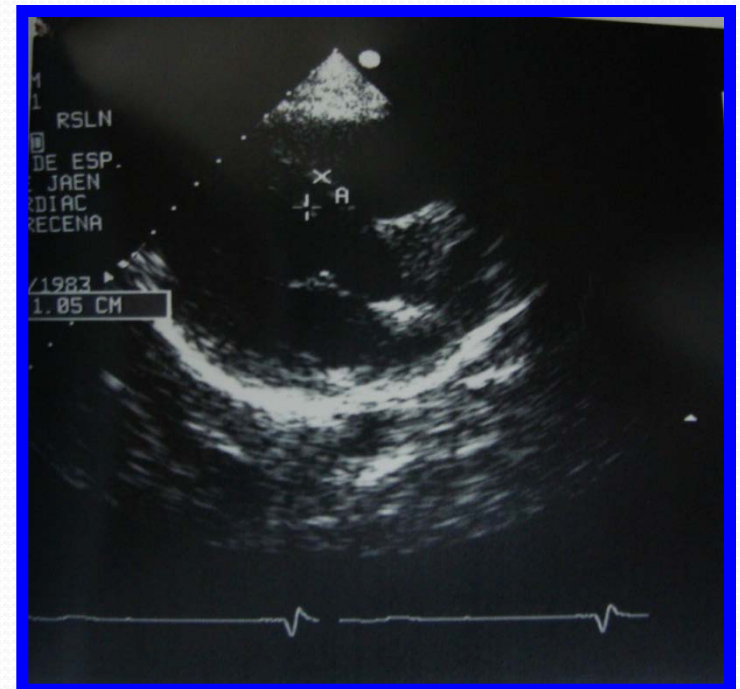


ECG

Compatible con la normalidad.

Ecocardiografía

Ligero aumento del grosor del tabique interventricular (12 mm)



JUICIO CLINICO

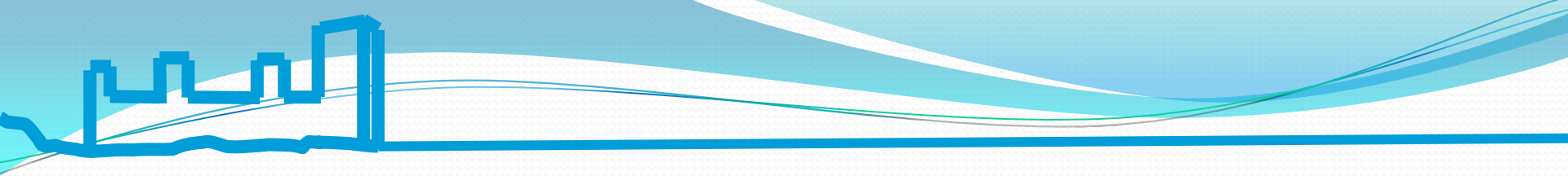
HTA

+

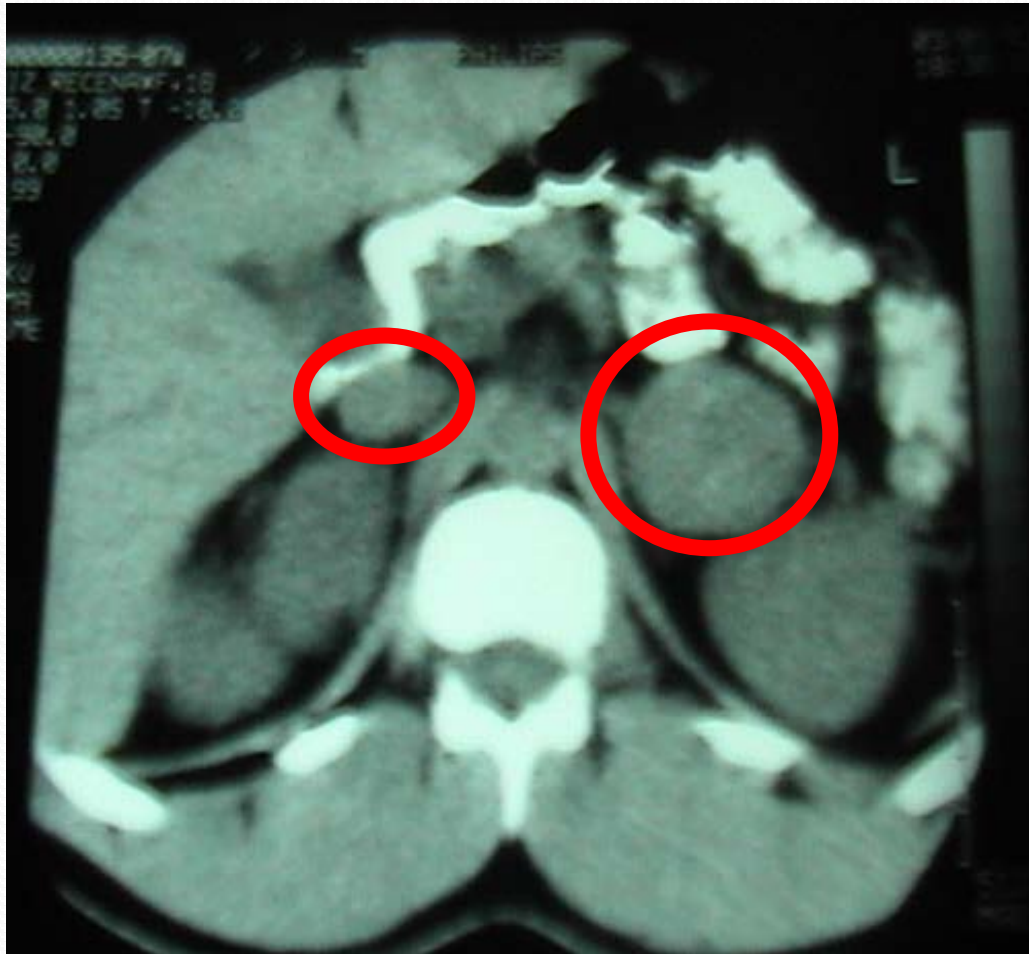


¿?

↑ 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

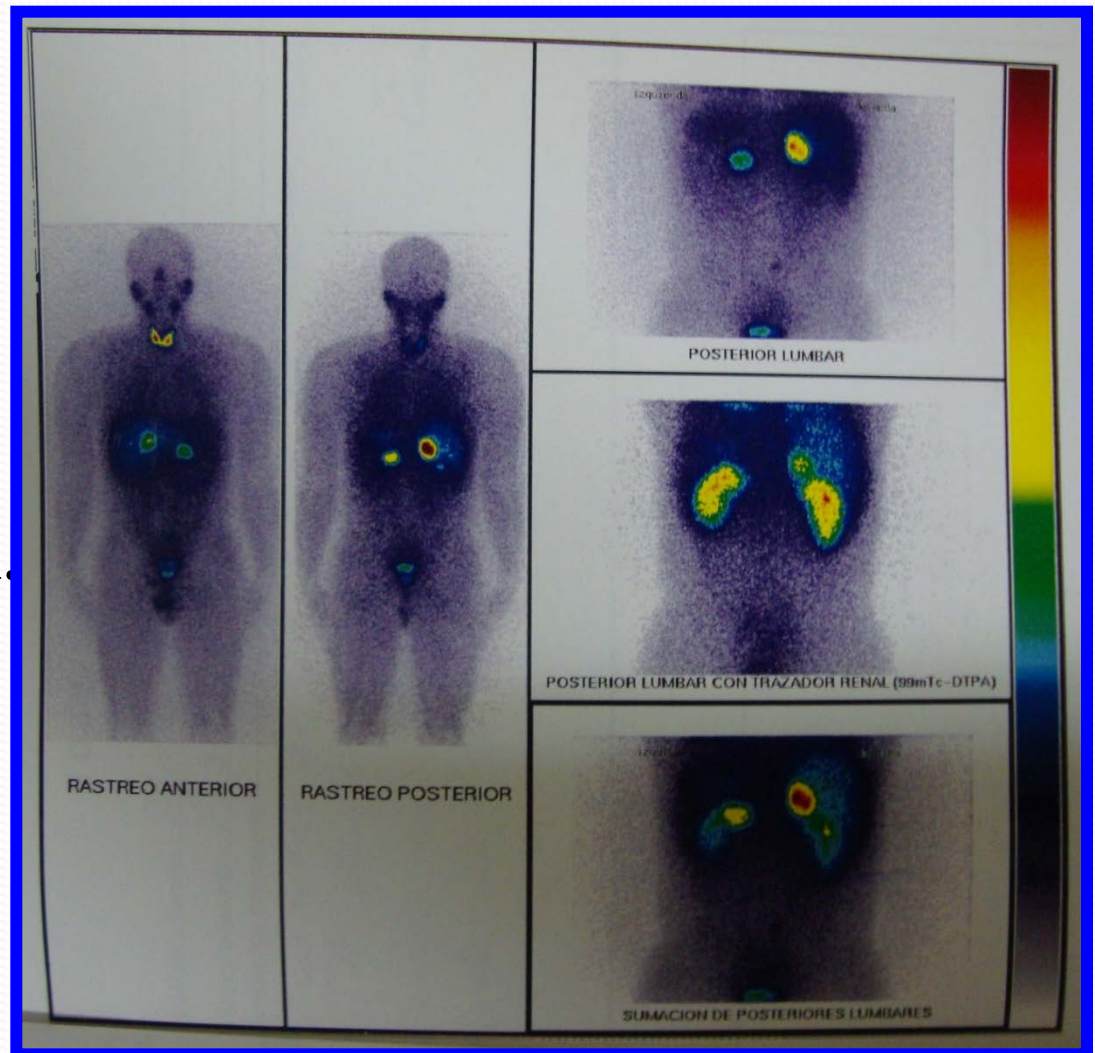
RM ABDOMEN



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 α) 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 β - adrenérgicos se administran después de haber inducido un bloqueo α 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