



Busca bien y encontrarás

Casos Clínicos sobre HTA y RCV SEH-LELHA

Estela Menéndez Fernández. Medicina Interna R2

Hospital San Pedro. Logroño.





2008

Varón de 44 años

No alergias

✓ Exfumador

✓ Trabajó como mecánico

Obesidad desde los 15 años (80 kg)

-Nunca dieta

-½ h caminar al día

✓ **Hipertensión arterial** con mal control mediante 5 fármacos.

✓ Ecocardiografía en 2007 con **HVI** moderada.



2008

- Ingreso por mal control de TA con 5 fármacos, HTA resistente
 - Realizar confirmación mediante **MAPA**
 - ¿Existe **daño orgánico**?
 - Fondo de ojo
 - Ecocardiograma
 - Descartar causas de HTA secundaria:
 - Doppler
 - Estudio hormonal
 - SAHOS
 - Fármacos



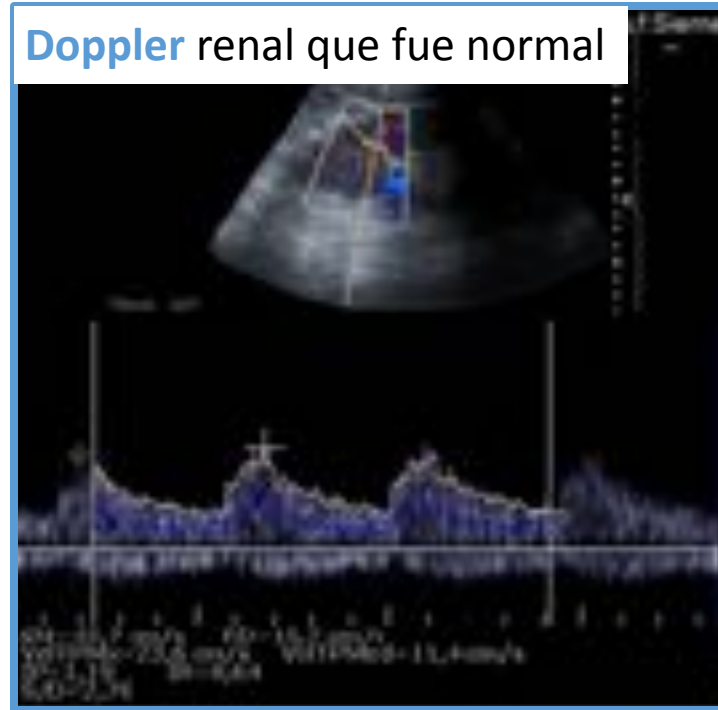
Table 24 Resistant hypertension characteristics, secondary causes, and contributing factors (adapted from reference²⁸³)

Characteristics of patients with resistant hypertension	Causes of secondary resistant hypertension	Drugs and substances that may cause raised BP
Demographics <ul style="list-style-type: none">• Older age (especially >75 years)• Obesity• More common in black people• Excess dietary sodium intake• High baseline BP and chronicity of uncontrolled hypertension	More common causes <ul style="list-style-type: none">• Primary hyperaldosteronism• Atherosclerotic renovascular disease• Sleep apnoea• CKD	Prescribed drugs <ul style="list-style-type: none">• Oral contraceptives• Sympathomimetic agents (e.g. decongestants in proprietary cold remedies)• Non-steroidal anti-inflammatory drugs• Clozapine• Erythropoietin• Steroids (e.g. prednisolone and hydrocortisone)• Some cancer therapies
Concomitant disease <ul style="list-style-type: none">• HMOD, LVH and/or CKD• Diabetes• Atherosclerotic vascular disease• Aortic stiffening and isolated systolic hypertension	Uncommon causes <ul style="list-style-type: none">• Pheochromocytoma• Fibromuscular dysplasia• Aortic coarctation• Cushing's disease• Hyperparathyroidism	Non-prescription drugs <ul style="list-style-type: none">• Recreational drugs (e.g. cocaine, amphetamines, and anabolic steroids)• Excessive liquorice ingestion• Herbal remedies (e.g. ephedra and ma huang)

Table 25 Patient characteristics that should raise the suspicion of secondary hypertension

Characteristic
Younger patients (<40 years) with grade 2 hypertension or onset of any grade of hypertension in childhood
Acute worsening hypertension in patients with previously documented chronically stable normotension
Resistant hypertension (see section 8.1)
Severe (grade 3) hypertension or a hypertension emergency (see section 8.3)
Presence of extensive HMOD
Clinical or biochemical features suggestive of endocrine causes of hypertension or CKD
Clinical features suggestive of obstructive sleep apnoea
Symptoms suggestive of pheochromocytoma or family history of pheochromocytoma

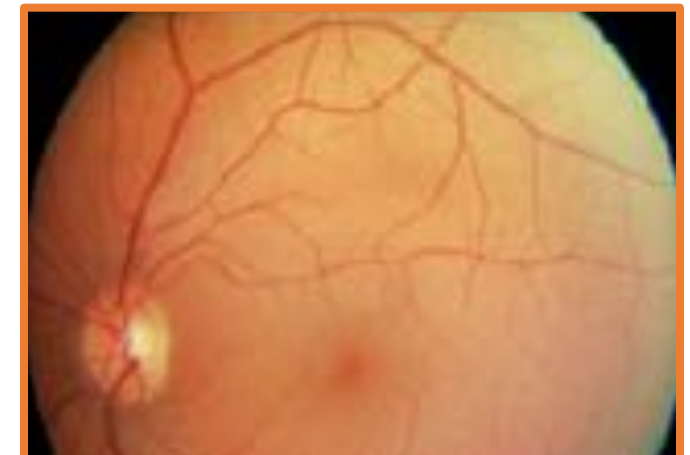
CKD = chronic kidney disease; HMOD = hypertension-mediated organ damage.



Estudio hormonal: estudio de aldosterona y renina normales
Síndrome metabólico

INFORME MAPA: 61% tomas válidas (36): TA media 140/84, TA diurna 145/88, TA 133/78. Paciente non-dipper

Diagnóstico: HTA grado III, posiblemente esencial, con riesgo CV añadido elevado.



Fondo de ojo: retinopatía HTA grado II-III

2009, 2010, 2011



TA 150/90
Peso 105 kg

TA 160/95
Peso 107.5
kg

TA 140/70
Peso 104 kg

HTA en este momento en tratamiento con:

- Irbesartán 300mg
- Hidroclorotiazida 12.5mg
- Nifedipino retard 30mg
- Enalapril 20mg
- Doxazosina 4mg
- Carvedilol 25mg

2012

48 años

Diabetes tipo 2

- Glicada de 7.6%
- Se inicia Metformina y SU (retiradas después por buen co

HTA y obesidad **mal controladas.**





2014

- ✓ Ingreso en Neumología por infección respiratoria e **insuficiencia respiratoria**
- ✓ Posible síndrome de hipoventilación obesidad, se indicó ventilación no invasiva.
- ✓ Hallazgo casual de **nódulos pulmonares** en torno a 1cm; en revisiones posteriores se comprueba estabilidad de dichas lesiones descartándose patología tumoral.
- ✓ Se completa estudio con TAC y **RMN: nódulo suprarrenal izquierdo de 57x43mm**

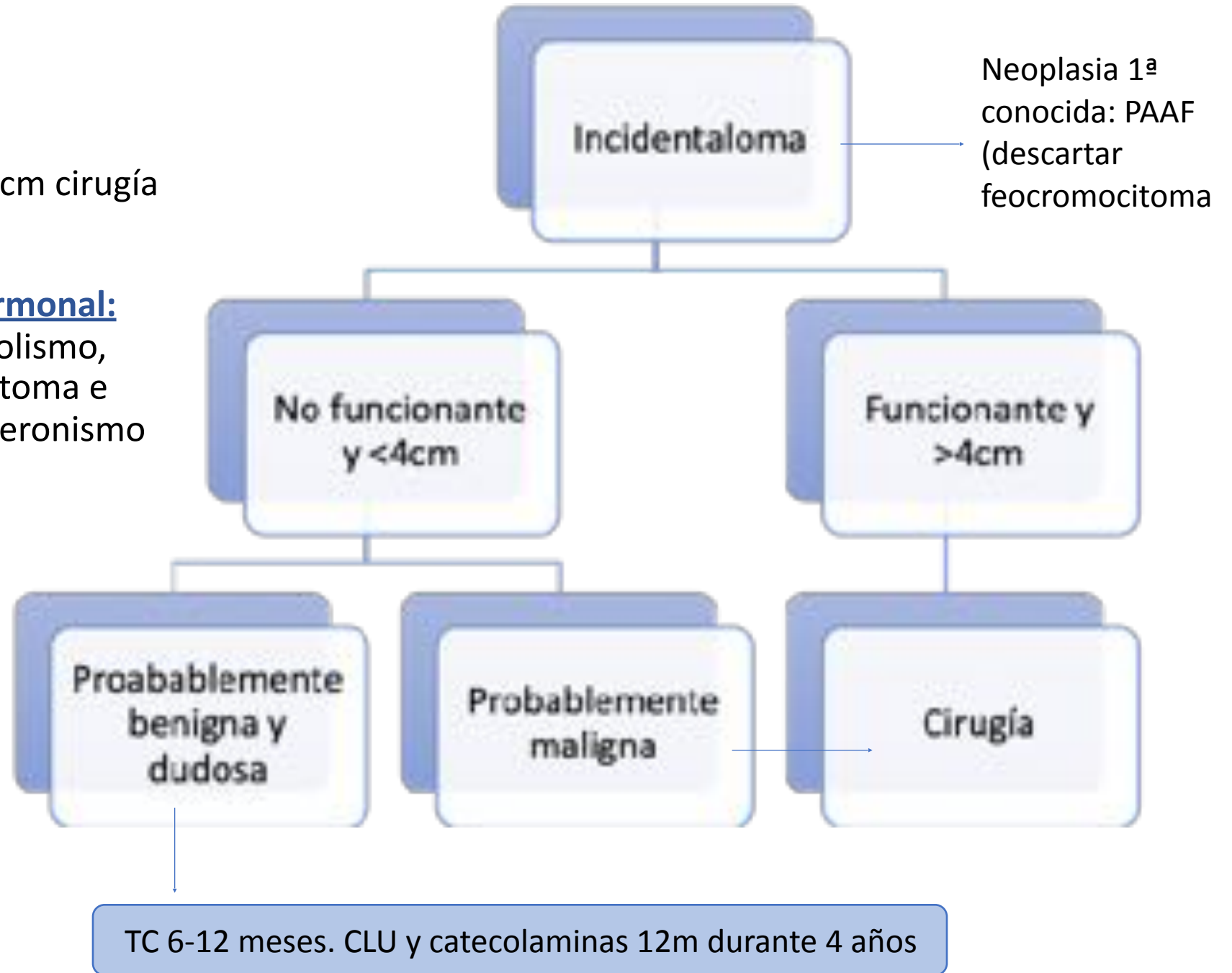
Incidentaloma

Estudio de imagen

Estudio hormonal

2014

- **Imagen:** >4cm cirugía
- **Estudio hormonal:** Hiperkortisolismo, feocromocitoma e hiperaldosteronismo





Se deriva para estudio a CEX
de **Endocrinología**





2014

En CEX de Endocrinología

○EXPLORACION

Destacaba leve fragilidad capilar y obesidad. Resto anodino.

○ESTUDIO HORMONAL

ACTH < 5 pg/ml

Cortisol 8 horas 31 microgramos/dL y cortisol libre urinario 756 microgramos/mL.

Prueba de **supresión con dexametasona**, resultando negativa: cortisol tras 1 mg de dexametasona de 29 microgramos/dL

DIAGNÓSTICO	MANIFESTACIONES CLÍNICAS	PRUEBAS DE LABORATORIO
FEOCROMOCITOMA	Hipertensión Síntomas paroxísticos: palpitaciones, diaforesis, cefalea, temblor...	Orina de 24 horas: -Metanefrinas, catecolaminas Sangre: -Metanefrinas
SÍNDROME DE CUSHING	Obesidad central, debilidad muscular proximal, fragilidad de la piel, plétora facial	Si síntomas: -CUL 24h Si no síntomas: -Supresión 1mg DXMT
ALDOSTERONISMO PRIMARIO	Hipertensión, hipokalemia	Concentración plasmática de aldosterona Actividad plasmática de renina
CARCINOMA ADRENOCORTICAL	Efecto masa, síntomas relacionados con exceso de glucocorticoides, mineralocorticoides, andrógenos	DHEAS en suero Esteroides en suero

2008

- Hipertensión mal controlada con 5 fármacos.
- HVI moderada

2012

- Diabetes Mellitus tipo 2.
- Glicada 7.6%. Metformina

2014

- Insuficiencia respiratoria, SAHOS.
- Nódulos pulmonares
- Incidentaloma SR



Además:

✓ Obesidad desde la infancia

✓ Dislipemia

✓ ¿Síndrome metabólico?

DIAGNÓSTICO

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

PRUEBAS DE LABORATORIO

FEOCROMOCITOMA

Hipertensión
Síntomas paroxísticos: palpitaciones,

Orina de 24 horas:
-Metanefrinas,

SÍNDROME DE CUSHING

SECUNDARIO A

INCIDENTALOMA SUPRARRENAL

IZQUIERDO

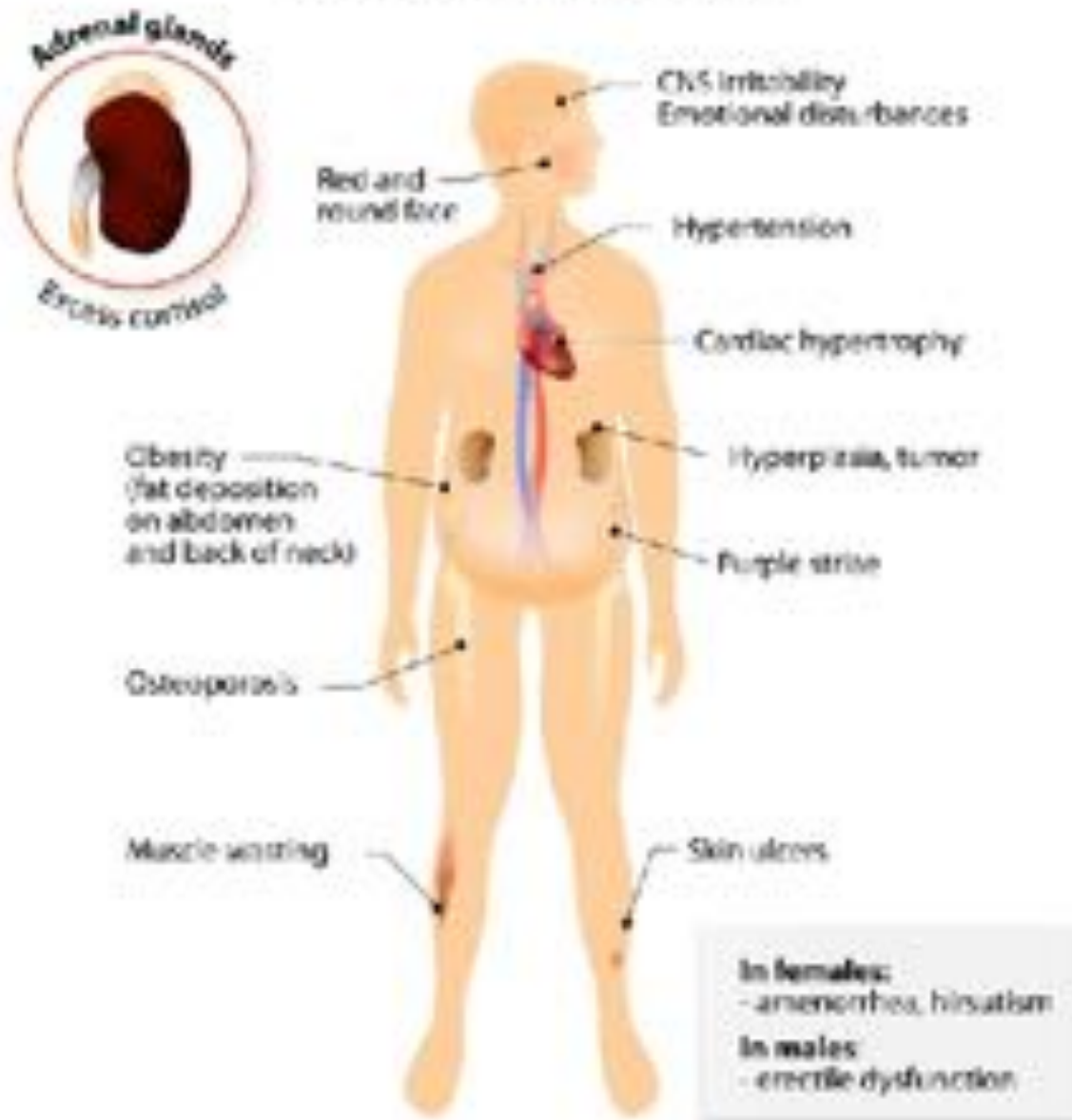
SÍND
ALDO

CARCINOMA ADRENOCORTICAL

Efecto masa, síntomas relacionados
con exceso de glucocorticoides,
mineralocorticoides, andrógenos

DHEAS en suero
Esteroides en suero

SYMPTOMS of Cushing's syndrome



Síntoma / Signo	Frecuencia (%)
Detención del crecimiento	100
Obesidad	95
Astenia, debilidad	65
Hirsutismo, acné	55
Hipertensión	47
Irregularidad menstrual	45
Trastornos mentales	40
Estrías rojo vinosas	20
Hematomas	15
Hiperpigmentación	10
Alcalosis hipoké	10

Diagnóstico diferencial

- A. Enfermedad de Cushing
- B. Síndrome de Cushing por ACTH ectópica: oat cell.
- C. Pseudocushing: obesidad, alcoholismo...
- D. Síndrome de Cushing yatrógeno
- E. Carcinoma / **Adenoma suprarrenal**

20-25% de los pacientes con Cushing presentan neoplasia. Suelen ser unilaterales, 50% malignos.

TRATAMIENTO

Si productores o malignos:

- ✓ Cirugía. tratar con glucocorticoides
- ✓ Suprarrenalectomía médica.

Si no se sospecha malignidad: repetir imagen cada 6 meses y hormonas cada 12 meses durante 4 años. Si masa con bioquímica normal y radiodensidad <10 UH, no es necesario tratar.

2015

- Se deriva para Cirugía
- **Suprarrenalectomía izquierda**, omentectomía y esplenectomía; anatomía patológica con diagnóstico de adenoma suprarrenal de 42 gr. Se indica al alta tratamiento con **Hidroaltesona**.





2015-2019

Peso

- Pérdida de 30 kg
- de 114kg a 84

Diabetes

- Corrección de la enfermedad
- Glicada 4.8%

HTA

- Reducción de antiHTA
- Actualmente: Carvedilol 25mg/12h, Losartán 50mg/12h, Amlodipino 5mg/24h

Conclusiones

El síndrome de Cushing es la causa más frecuente de hipercortisolismo endógeno en el adulto.

Dentro de los ACTH independiente la causa más frecuente es por administración de corticoides, seguido de tumor suprarrenal.

El Sd de Cushing es una causa rara de HTA 2ª

Se debe sospechar en caso de fenotipo característico, HTA refractaria, diabetes.

Muchas gracias

