

# HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMO PISTA PARA LLEGAR AL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Covadonga López del Moral Cuesta

José Luis Pérez Canga

R3 Nefrología

Servicio Nefrología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander



# CASO CLÍNICO

- Mujer de 62 años.
- **ANTECEDENTES FAMILIARES:** madre hipertensa, padre fallecido por cáncer laríngeo.
- **ANTECEDENTES PERSONALES:**
  - HTA esencial desde hace 2 años.
  - No DM ni dislipemia.
  - Lumbalgia crónica secundaria a hernia discal L5-S1.
  - Insuficiencia venosa crónica; IQ varices (safenectomía interna y ligadura de perforantes) hace 6 años.
- **TRATAMIENTO HABITUAL:** enalapril 10 mg. Consumo ocasional de AINEs.

## CASO CLÍNICO

- Avisan a **Nefrología** desde el servicio de Urgencias por **HTA y edemas** en extremidades inferiores.
- La paciente refería mal control tensional desde hacía aproximadamente un mes con cifras alrededor de 170/100 mmHg.
- Su MAP había aumentado la dosis de enalapril a 20 mg cada 24h.

# CASO CLÍNICO

- Hace 10 días había acudido al servicio de Urgencias por presentar **edema facial y en MMII**.
- En ese momento en urgencias se objetiva una **TA 215/115mmHg** y en analítica destacaba:
  - Bioquímica sérica: Creatinina 0,78 mg/dl, Urea 72 mg/dl e iones en rango.
  - Hemograma: Leucocitos y plaquetas en rango, Hemoglobina 12,02 g/dl.
  - Elemental y sedimento: Leucocitos 3+, **Proteínas 2+** y Hemoglobina 4+, resto normal. **60-80 hematíes/campo** y 60-80 leucocitos/campo y bacteriuria escasa.

## CASO CLÍNICO

- En Urgencias se diagnostica de **angioedema por IECAs e ITU** (aunque la paciente no refería clínica miccional).
- Se da de **alta** cambiando Enalapril de 20 mg por Amlodipino de 5mg/24h y tratamiento antibiótico con Cefixima para ITU.

## CASO CLÍNICO

- A los tres días **acude de nuevo a urgencias** por la misma sintomatología: HTA y edemas. No clínica miccional ni sintomatología a otro nivel.
- En este momento presenta tensión arterial **170/85 mmHg**. Se realiza análisis sanguíneo y de orina, con hallazgos similares a la anterior visita.
- Se diagnostica nuevamente de angioedema e ITU no resuelta.
- Es dada de **alta** con tratamiento antibiótico (ciprofloxacino).

## CASO CLÍNICO – VALORACIÓN POR NEFROLOGÍA EN URGENCIAS

- Acude por **tercera vez a urgencias** por TA elevada y persistencia de edemas en EEII. Desde urgencias solicitan valoración por parte de Nefrología.
- No había tenido clínica miccional en ningún momento, refería orina algo más oscura pero no hematuria.
- Aumento progresivo de edemas en EEII.
- Refería consumo habitual de dexketoprofeno.
- No otra sintomatología a la anamnesis por aparatos.

# CASO CLÍNICO – VALORACIÓN POR NEFROLOGÍA EN URGENCIAS

- En urgencias: T<sup>a</sup>: 36.4 C°.TAS: 205 mmHg.TAD: 89 mmHg. FC: 74 lpm SATO2: 96% basal.
- **Exploración física:**
  - Eupenica, tolera decúbito.
  - ACP con hipoventilación en bases.
  - Abdomen blando, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal.
  - EEII con **edemas hasta rodillas con fóvea**. No signos de TVP. Lesiones de IVC, pero **lesiones purpúricas (palpables)** en EEII.
  - Exploración NRL sin focalidad.



A clinical photograph showing the lower legs of a patient with palpable purpura. The skin is covered with numerous small, raised, reddish-purple lesions. A white circular highlight is placed over a black rectangular box containing the text 'PÚRPURA PALPABLE'.

PÚRPURA  
PALPABLE

# CASO CLÍNICO – VALORACIÓN POR NEFROLOGÍA EN URGENCIAS

- **Bioquímica sérica:**

- Glucosa 94 mg/dL, Urea 40 mg/dL, Creatinina 0.75 mg/dL, LDH 287 U/L, Albumina 3.5 g/dL, Calcio 8.1 mg/dL, Ca total corr. por alb. 8.5 mg/dL, Magnesio 2.1 mg/dL, Na 142 mEq/L, K 3.7 mEq/L, Proteína C reactiva 0.2 mg/dL, FGE (CKD-EPI) 86 ml/min/1,73m<sup>2</sup>.

- **Bioquímica orina:**

- Na orina 70, Proteínas totales orina 193.7, **Índice proteínas/creatinina en orina 1840.0 mg/g**, K orina 38.54.
- Elemental de orina: Densidad 1014, pH 6.0, **Proteínas totales ++, Leucocitos (esterasa leucocitaria) ++, Hemoglobina ++.**
- Sedimento de orina: **50-60 hematíes/campo, 4-7 leucocitos/campo.**

- **Hemograma:**

- Leucocitos 7.9 10<sup>3</sup>/μL, Hemoglobina 12.3 g/dL, Plaquetas 190 10<sup>3</sup>/μL.

# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **Hipertensión arterial PRIMARIA / ESENCIAL.** Mal control actual, como posibles causas:
  - Falta adherencia al tratamiento.
  - Tratamiento insuficiente.
- **Hipertensión arterial SECUNDARIA:**
  - Buen control TA previo, con dificultad para control tensional de reciente aparición.
  - Nueva clínica: edemas en EEII y lesiones purpúricas.
  - Sedimento activo con proteinuria y hematuria.

# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- En este caso parece probable **enfermedad renal** como causa de **HTA secundaria**. ¿Qué tipo de enfermedad renal?

- **PERFIL GLOMERULAR:**

- HTA.
- Edemas.
- Oligoanuria.
- Sedimento activo: hematuria y proteinuria (pro/cre 1800 mg/g).

- **PERFIL INTERSTICIAL:**

- Consumidora habitual de AINEs.
- Tratamiento antibiótico por diagnóstico de ITU.
- No sintomatología sistémica sugestiva de Sjögren ni sarcoidosis.

# INGRESO EN NEFROLOGÍA

- Ajuste de **tratamiento antihipertensivo**, consiguiendo mejor control tensional.
- **Fondo de ojo** al ingreso: papila de bordes definidos no sobreelevada, mácula y patrón vascular de aspecto normal, no hemorragias ni exudados, retina aplicada, no desgarros, no vitritis ni focos de coriorretinitis.
- Tratamiento **diurético** para edemas.
- **Rx tórax** sin hallazgos patológicos.
- **Urocultivo** negativo.

# INGRESO EN NEFROLOGÍA

- Se confirma **proteinuria no nefrótica + microhematuria**. Función renal normal.
- Ante **sospecha de enfermedad glomerular**, se solicita estudio inmunológico:
  - ANCA, ANA, AntiMBG, y AntiDNA negativos.
  - **Consumo de C3 y C4** (C3 67 mg/dl, C4 1.82 mg/dl).
  - **Factor Reumatoide POSITIVO**, APCC negativo.
- Tras objetivar consumo de complemento con FR positivo, en paciente con púrpura palpable: se **solicitan crioglobulinas**.

# INGRESO EN NEFROLOGÍA

- A la espera de crioglobulinas, se decide realizar **biopsia renal**. Sin complicaciones inmediatas. Extracción de 2 cilindros que se envían a AP.
- Posteriormente, el resultado de **crioglobulinas es positivo**:
  - Criocrito: 3%
  - Crioglobulinas caracterización: **IgG +++**, **IgA -**, **IgM +++**, **C3 -**.
- En el protocolo de ingreso, se solicitan serologías virales. Resultado **positivo para VHC**:
  - anti-VHC (CMIA): Positivo.
  - VHC confirmatorio (LIA): Pendiente.

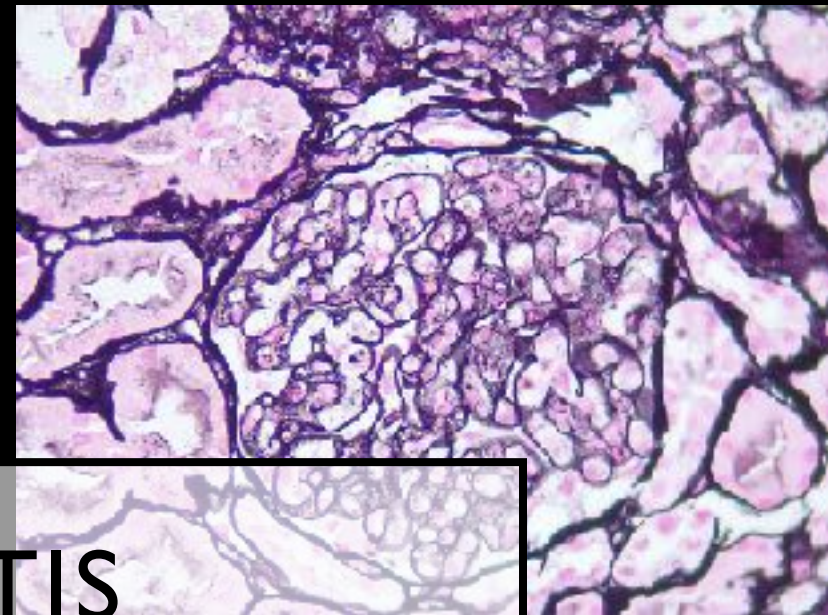
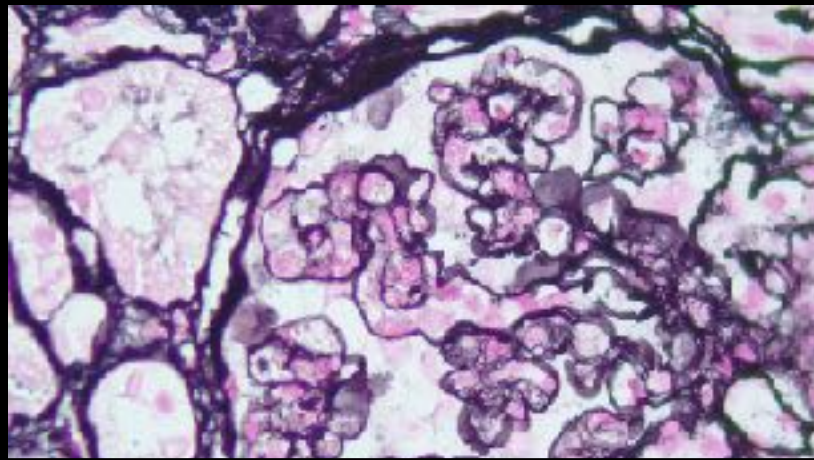
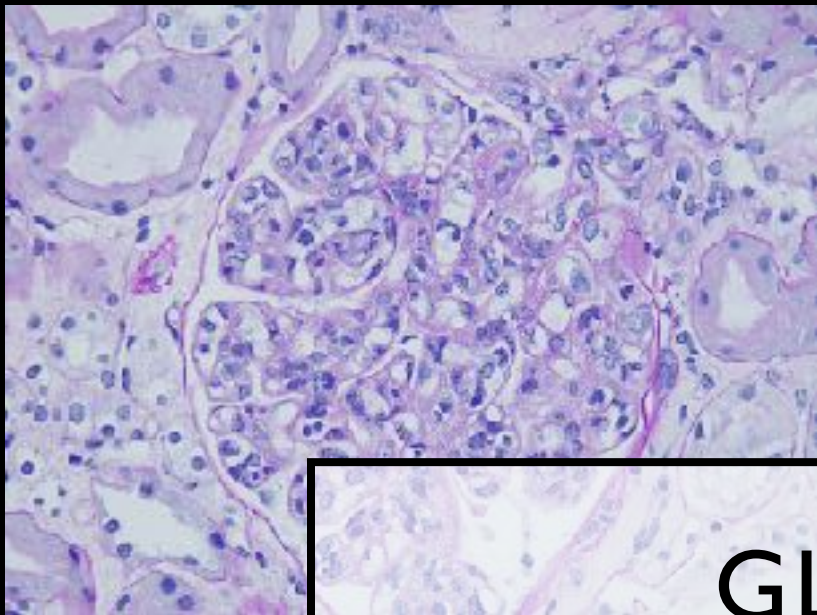
# INGRESO EN NEFROLOGÍA

- Se revisa la historia clínica antigua.
- Estudiada por **Medicina Interna-Digestivo en 1985** por elevación de enzimas hepáticas.
- Se realizan estudios disponibles en ese momento: todo normal, HBsAg negativo.
- Dada de alta con diagnóstico: **elevación pruebas de función hepática en relación a toma de anticonceptivos y consumo excesivo de OH**, recomendando suspensión de ambos.

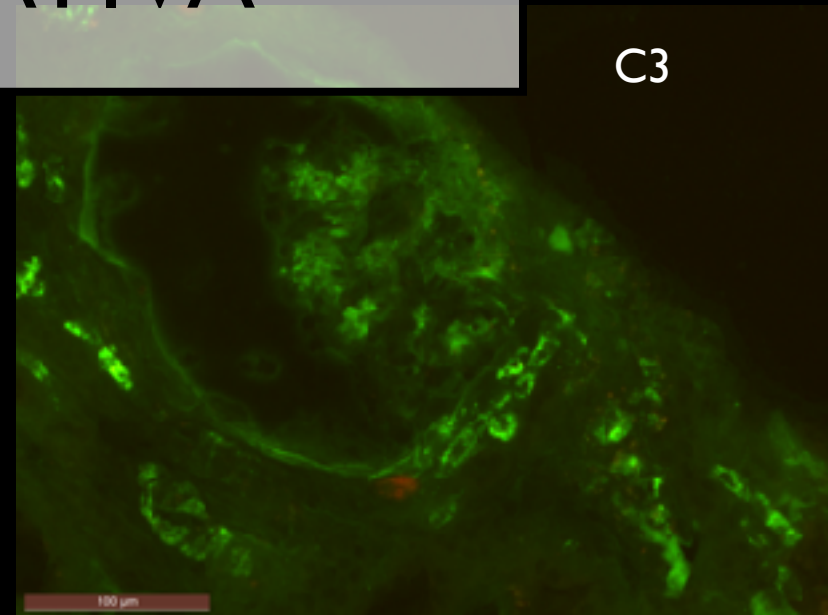
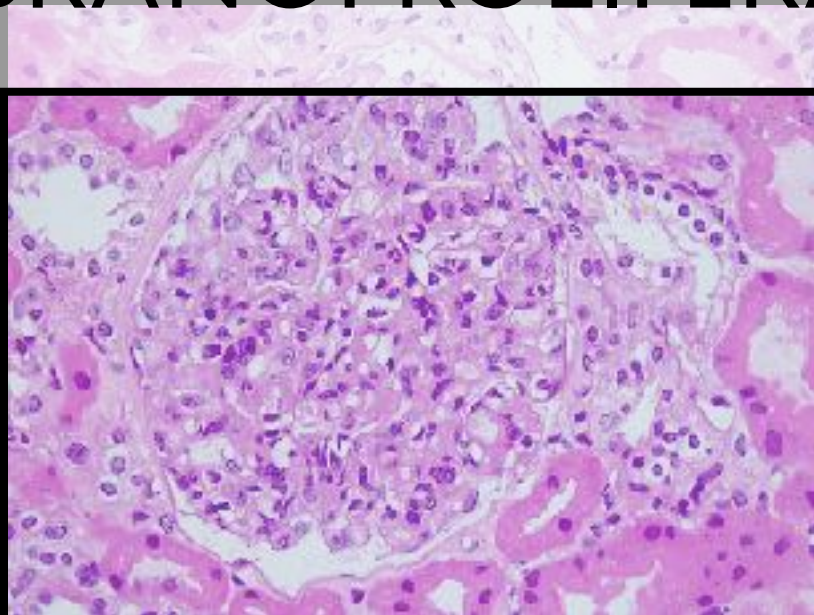
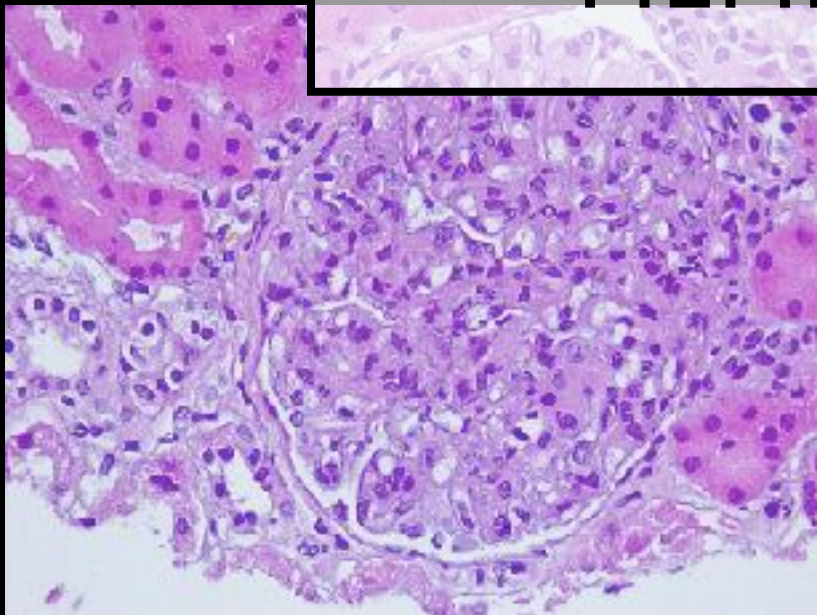


# BIOPSIA RENAL

- Comprende 10 glomérulos de los que 2 se encuentran esclerosados.
- El resto muestra un patrón de afectación difuso y global con agrandamiento de oville glomerular y aspecto multilobulado.
- Existe **proliferación mesangial y endocapilar** con **engrosamiento de membranas** y formación de **dobles contornos**.
- El intersticio presenta fibrosis y edema.
- La **inmunofluorescencia** de la biopsia reveló **depósito** de **IgM** y **C3** de forma **mesangial** fina **granular**. **Glomerulonefritis Membranoproliferativa tipo I**.



# GLOMERULONEFRITIS MEMBRANOPROLIFERATIVA



C3

# EVOLUCIÓN

- Serología **VHC positiva confirmada** y carga viral con 1700000 UI/ml.
- Durante el ingreso es valorada por **Digestivo** que solicita ecografía abdominal y Fibroscan: rasgos morfológicos de **hepatopatía crónica**. Fibroscan **F1**.
- En el ingreso: deterioro de función renal con Cr máxima 1,38 mg/dl.
- Sin edemas y con buen control tensional en el momento del **alta hospitalaria**.



# EVOLUCIÓN

- Inicio de tratamiento: **glecaprevir/pibrentasvir**. Duración de tratamiento prevista: 8 semanas.
- Valorada en consultas de Nefrología: **mejoría progresiva de la función renal**, actualmente con Cr 1.1 mg/dl y FG de 50ml/min. Persistencia hematuria y proteinuria (pro/cre 700 mg/g).

# CONCLUSIONES

- HTA diagnosticada como “primaria / esencial”.
- Aparición de nuevos signos y síntomas: **Crisis hipertensiva** + edemas en EII + púrpura palpable.
- Sedimento activo con hematuria y proteinuria.
- Diagnóstico final: **crioglobulinemia mixta secundaria a infección por VHC**, con biopsia renal con hallazgos de **glomerulonefritis membrano-proliferativa**.

MUCHAS GRACIAS

