



Universidad Del Sureste
Campus Comitán

Licenciatura en Medicina Humana



Tema:

Ensayo de caso

Alumno:

Cesar Enrique Utrilla Dominguez

Grupo: "A"

Grado: Octavo

Materia:

Medicina Basada en Evidencias

Docente:

Dr. Diaz Reyes Alonso

Mujer de 37 años de edad, remitida al servicio de endocrinología desde la consulta de cardiología para estudio de una hipertensión arterial 150/106 mmHg diagnosticada de 8 años antes y que se necesita varios fármacos antihipertensivos para conseguir un control aceptable de la misma.

La paciente no tiene antecedentes familiares de hipertensión arterial, pero refiere que años atrás ingreso en el hospital por un cuadro de dolor abdominal y que en ese momento se le observó hipopotasemia, motivo por el que se añadió espironolactona y suplementos de potasio al tratamiento habitual con prazosin y metoprolol.

En los estudios previos se habían realizado una ecografía renal y un eco-doppler de arterias renales que descartaron la presencia de una hipertensión de origen renovascular. También se le realizó una placa de tórax y una ecocardiografía transtorácica que mostró una hipertrofia del ventrículo izquierdo con una fracción de eyección de 64 % y una tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen con contraste donde no se objetivó ninguna lesión aparente de las glándulas suprarrenales.

Sin embargo, la persistencia de los episodios de hipopotasemia y la dificultad para lograr un adecuado control de la presión arterial pese al consumo de 200 mg/d de espironolactona y otros dos antihipertensivos, el cardiólogo la envió para valoración por el servicio de endocrinología.

Para el estudio de su hipertensión arterial, se suspendió el tratamiento con espironolactona y metoprolol y se continuó únicamente con prazosín durante 6 semanas al cabo de las cuales y verificando unos niveles normales de potasio, se valoró la concentración de la aldosterona, la actividad de renina plasmática (ARP) y el ratio aldosterona/renina, observándose los siguientes resultados:

Aldosterona basal: 28,9 ng/dL (Aldosterona supino: 0,7 - 15 ng/dL) ARP basal: 0,2 ng/mL/h (ARP supino: 0,15 - 2,33 ng/mL/h). Ratio Aldosterona/ARP: 187,5 Potasio en suero: 3,7 mEq/L

Para establecer el diagnóstico etiológico del hiperaldosteronismo (diagnóstico diferencial entre un adenoma productor de aldosterona y una hiperplasia bilateral idiopática) se realizó una nueva TAC de abdomen que mostró una lesión nodular única en la glándula suprarrenal derecha de 1,3 cm, con engrosamiento medial y sin lesión evidente en la glándula suprarrenal izquierda.

Test de deambulaci3n en el que se observan;

Aldosterona basal: 25 ng/dL ARP basal: 0,3 ng/mL/h Aldosterona postdeambulaci3n: 16,8 ng/dL (Aldosterona ortostatismo: 3,25 - 29,9 ng/dL) ARP postdeambulaci3n: 0,8 ng/mL/h (ARP ortostatismo: 1,31 - 3,95 ng/mL/h)

Bibliografía

De edad, M. de 37 A., & de la misma., R. al S. de E. D. la C. de C.-D. P. el E. de U. H. A. D. 8. A. A. y. Q. N. V. F. A. P. C. un C. A. (s/f). CASO CLÍNICO: Mujer joven con hipertensión arterial. Seqc.es. Recuperado el 10 de abril de 2025, de <https://www.seqc.es/download/tema/3/2760/3778230/38914/cms/tema-1-caso-clinico.pdf/>