

# Fisiopatología

*Nombre del Alumno: Darwin Zabdiel Velazquez Morales*

*Nombre del tema: Reflexión Del Caso Clínico*

*Parcia: primer parcial*

*Nombre de la Materia: Fisiopatología*

*Nombre del profeso: Dr. Del Solar Villarreal Guillermo*

*Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana*

*Semestre: 3ro*

*Fecha de entrega: 12/09/2025*

Mujer de 25 años que ingresó en Medicina Interna por cifras elevadas de tensión arterial sistólica (170 mmHg) junto a episodios autolimitados de palpitaciones y taquicardia de hasta 120 lpm de semanas de evolución. No presentaba antecedentes personales de interés ni consumo de tóxicos. Personal de una guardería. Madre de un niño cuyo embarazo y parto transcurrió con normalidad. Entre los antecedentes familiares destacaba el fallecimiento de su padre por rotura de aneurisma aórtico, así como episodios de trombosis venosas en familiares lejanos. En tratamiento con amlodipino 5 mg pautado recientemente.

Inicialmente, ante la clínica de nerviosismo, palpitaciones y rubicundez facial la paciente acudió a su médico de atención primaria quién, al constatar cifras tensionales elevadas y asociando dicho problema a su situación laboral de estrés, pautó medicación ansiolítica sin obtener mejoría clínica. Posteriormente, se inició tratamiento antihipertensivo con amlodipino 5 mg sin conseguir la regulación de las cifras tensionales, motivo por el cual se decidió su derivación a nuestra Unidad. En la anamnesis, revelaba pérdida de peso de 5kg, anorexia y dolor dorsolumbar de características mecánicas de semanas de evolución. Afebril.

A la exploración física, mostraba buen estado general. HTA de 172/102 mmHg similar en ambos brazos, frecuencia cardíaca de 102 latidos por minuto. Eupneica. La auscultación cardiorrespiratoria fue normal con pulso rítmico, sin soplos y murmullo vesicular bilateral conservado. La exploración abdominal fue anodina sin masas ni megalias, no aparente soplo abdominal. Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis con pulsos periféricos conservados.

Entre las pruebas iniciales, se realizó un electrocardiograma sin alteraciones patológicas. En la analítica sanguínea se detectó anemia normocítica (Hb 11 mg/dl; VCM 80.9 fl), creatinina 1,6 mg/dl (función renal 44 ml/min/m<sup>2</sup>), perfil férrico normal, aumento de reactantes de fase aguda (PCR 52.5 mg/dl; VSG 49 mg/dl) y ligera alteración de los parámetros de la coagulación (TP 14.10 s; INR 1.26). Resto del estudio (perfil tiroideo, vitamínico, proteinograma, orina) sin alteraciones. En la radiografía de tórax no se identificaron hallazgos relevantes.

Se decidió consultar a Oftalmología para valorar posibles alteraciones secundarias a patología hipertensiva. El estudio del fondo de ojo y agudeza visual fue normal.

El estudio ecocardiográfico no mostró afectación de cavidades ni valvulopatías, función sistólica conservada (FEVI 66%) y sin derrame pericárdico.

Fue la ecografía-doppler abdominal la prueba que aportó los primeros datos de interés. Se observó un engrosamiento de la aorta abdominal desde la salida del tronco celiaco hasta nivel infrarrenal que ocasionaba estrechamiento de la luz y la aparición de un flujo arterial renal derecho de características post-estenóticas (*Figura 1*). Se realizó una resonancia magnética con signos claros de aortitis abdominal (*Figura 2*). Se apreció engrosamiento concéntrico de un segmento de aorta abdominal de 8 cm longitud con luz mínima de 4,5 mm, afectación de arterias renales (mayor en la derecha), estrechamiento de tronco celiaco y arteria mesentérica superior.

Dada la clínica de la paciente, los datos analíticos (elevación de creatinina) y la información de las pruebas de imagen (estenosis arteria renal derecha, engrosamiento de aorta abdominal) consideramos la HTA de causa renovascular como principal hipótesis. Se solicitó un Angio-TAC toracoabdominal, que fue fundamental para identificar la etiología del cuadro al confirmar los hallazgos de la resonancia magnética (*Figura 3*). Finalmente, el diagnóstico fue de **hipertensión arterial renovascular secundaria a Arteritis de Takayasu**.

# Reflexión

## Reflexión 1

Al analizar este caso clínico me impresionó cómo una mujer joven, sin antecedentes personales relevantes, puede desarrollar una enfermedad vascular tan grave como la Arteritis de Takayasu. Me hace pensar en la importancia de no subestimar síntomas que parecen “nerviosos” o relacionados con el estrés, como las palpitaciones o la pérdida de peso, porque pueden ser el inicio de un problema sistémico serio. Aprendí que una hipertensión en una persona de 25 años siempre requiere una búsqueda minuciosa de causas secundarias.

## Reflexión 2

Este caso me recuerda la relevancia del trabajo en equipo y del enfoque integral en medicina. Desde el médico de atención primaria que detectó las cifras tensionales altas, hasta las pruebas de imagen avanzadas que confirmaron la arteritis, todos los pasos fueron fundamentales para llegar al diagnóstico. Me doy cuenta de que la medicina requiere paciencia y una visión global: no basta con controlar la presión arterial, también es necesario identificar y tratar la causa de fondo para evitar complicaciones graves a largo plazo.