

CC-03

HIPERTENSIÓN ARTERIAL: LA TEMPESTAD DESPUÉS DE LA CALMA

Sevilla Moreno, Israel; Valdés De Torres, Marta; Salaberri Comesaña, Marta.

Hospital Universitario Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera, España.

Resumen

Exponemos el caso de una mujer de 25 años sin antecedentes médicos ni historial de consumo de tóxicos, responsable de una guardería. Ingresó en Medicina Interna por cifras elevadas de tensión arterial sistólica (170 mmHg) junto con episodios autolimitados de palpitaciones, taquicardia de hasta 120 latidos por minuto y nerviosismo de semanas de evolución. Inicialmente, su médico de cabecera lo atribuyó a una causa emocional y decidió pautar tratamiento ansiolítico sin mejoría. Ante la persistencia clínica se derivó a Medicina Interna para iniciar estudio. En la analítica destacó la presencia de anemia normocítica y reactantes de fase aguda elevados. Tras la realización de varias pruebas complementarias sin hallazgos relevantes, finalmente fue la ecografía doppler la herramienta que puso de manifiesto ciertas alteraciones. Tras completar el estudio, se alcanzó el diagnóstico de una entidad poco común, permitiendo iniciar un manejo precoz y dirigido.

Introducción

La hipertensión arterial (HTA) es una de las enfermedades crónicas más prevalentes, afectando a más de 1 billón de personas en el mundo. Las complicaciones asociadas son responsables de 9,4 millones de defunciones anuales en el mundo ⁽¹⁾. Diagnosticar y controlar la HTA es una prioridad de salud mundial.

Para establecer un manejo adecuado es importante identificar la existencia o no de una posible causa subyacente. La HTA primaria es multifactorial y está presente en aproximadamente el 95 % de los casos. La HTA secundaria dispone de una causa identificable y representa solo un 5% de los casos. Esta debe sospecharse ante una HTA de inicio brusco, en menores de 30 años o mayores de 50 años, cifras superiores a 180/110 mmHg, antecedentes familiares de enfermedad renal y datos sugestivos en la exploración física ^(2,3).

Caso clínico

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 megalías, 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/m²), 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**.

Evolución

Durante el ingreso, la paciente presentaba signos evidentes de enfermedad activa (HTA, función renal deteriorada, incremento de reactantes de fase aguda).

El abordaje terapéutico debía ser dual con el manejo de la etiología *per se* como el de las complicaciones intercurrentes. Por un lado, establecimos un tratamiento de la enfermedad de Takayasu activa mediante doble terapia de inducción a la remisión durante 6 meses con metilprednisolona y ciclofosfamida. Por otro lado, se estableció un objetivo de cifras tensionales <140/90 mmHg empleando para ello la combinación de dos fármacos antihipertensivos (ramipril 5 mg, amlodipino 5 mg). Durante las 3 semanas de ingreso las cifras tensionales descendieron hasta alcanzar el rango objetivo coincidiendo con la normalización de la función renal y los parámetros inflamatorios. Se decidió mantener en domicilio con terapia inmunosupresora y un único antihipertensivo (ramipril 5 mg) sin posibilidad de retirada por nuevo aumento tensional. La mejoría clínica y la normalización de los parámetros analíticos persistieron en las posteriores visitas de control en consultas. Sin embargo, el Angio-TAC de reevaluación solicitado tras el fin de la inducción solo mostró una leve mejoría, persistiendo la afectación estructural en la aorta abdominal, arterias renales, arteria mesentérica superior y tronco celiaco.

Conocer si la enfermedad se encontraba activa resultaba fundamental para marcar los nuevos pasos a seguir debido a que hasta en el 40-50% de los casos los reactantes de fase aguda son normales en una arteritis de Takayasu en fase activa.

El PET-TAC reflejó una captación del radiotrazador en la pared de la arteria aorta abdominal (signo de enfermedad activa) (*Figura 4*). Tras ello, mantuvimos a la paciente en fase de inducción empleando una nueva línea de tratamiento (infliximab y corticoides), pendiente por el momento de un nuevo estudio de control por imagen.

Discusión

La prevalencia de la hipertensión arterial oscila entre un 20-40% de la población mundial. La hipertensión arterial esencial representa el 90% del total, derivado de un origen multifactorial consecuencia de la edad, genética y hábitos de vida. El 10% restante tiene causa identificable y se conoce como hipertensión arterial secundaria.

Existen ciertos indicios clínicos sugestivos de hipertensión secundaria: debut prepuberal; edad menor de 30 años en pacientes no obesos, ausencia de antecedentes familiares de hipertensión y de otros factores de riesgo cardiovascular; incrementos agudos de la presión arterial en pacientes con cifras previamente estables; hipertensión refractaria (aquella que persiste pese al uso simultáneo de tres agentes antihipertensivos de diferentes clases a las dosis adecuadas, siendo uno de ellos un diurético) y hipertensión maligna (hipertensión grave junto con daño en órgano diana o la hipertensión asociada a trastornos electrolíticos) entre otros^(2,3). En el caso de nuestra paciente, fueron la ausencia de antecedentes familiares, el incremento brusco de la presión arterial, la edad precoz de inicio y la ausencia de respuesta al tratamiento lo que orientó a una hipertensión arterial secundaria.

La arteritis de Takayasu es una vasculitis de gran vaso caracterizada por la inflamación crónica de los vasos sanguíneos, que conduce a la formación de estenosis u occlusiones arteriales (> 90% de los pacientes) o, menos frecuentemente (25%), al desarrollo de aneurismas. Afecta a las mujeres alrededor de 8-10 veces más que los hombres y la edad de inicio oscila entre la primera y la cuarta década de la vida, al igual que ocurre con esta paciente. La arteria aorta (79%), las arterias subclavias (62%) y las arterias carótidas (43%) son los territorios

vasculares más dañados de forma preferente. La afectación de las arterias renales como ocurre en nuestro caso aparece en el 25% de los casos. La hipertensión renovascular es aquella hipertensión arterial sistémica resultante de un compromiso de la arteria renal, con frecuencia debido a lesiones oclusivas de las arterias renales principales⁽⁴⁾.

La hipertensión arterial aparece como forma de debut en el 17-40% de los pacientes, y más del 50% la desarrollarán a lo largo de la enfermedad. Su aparición se justifica por la disminución del calibre y elasticidad de la arteria aorta y/o sus ramas principales, o bien por la estenosis de una o de ambas arterias renales. La hipertensión arterial (en particular la diferencia de presión arterial mayor de 10 mmHg) se incluye dentro de los criterios clínicos de la Arteritis de Takayasu establecido por la *American College of Rheumatology*. Los otros 5 criterios corresponden a la edad de inicio menor de 40 años, claudicación de las extremidades, disminución del pulso en la arteria braquial, soplo en área subclavia y arteriografía alterada. Nuestra paciente presentaba 3 de 6 criterios, suficientes para el diagnóstico.

El diagnóstico tiende a retrasarse debido, principalmente, a que la enfermedad de Takayasu suele darse en pacientes mayoritariamente jóvenes, en los que las elevaciones modestas de la presión arterial suelen no considerarse patológicas, como sucedió con nuestra paciente, catalogada inicialmente como hipertensión emocional.

Respecto al tratamiento, este tiene como objetivo el control de la enfermedad y de las complicaciones. La hipertensión arterial debido a la estenosis de la arteria renal es una de ellas, y en su manejo se recomiendan los IECA y ARA-II a dosis bajas⁽⁵⁾. Hasta el momento actual, con este esquema terapéutico se consiguió alcanzar cifras tensionales en rango objetivo, no precisando de tratamiento quirúrgico (angioplastia o derivación quirúrgica) que queda reservado en caso de compromiso hemodinámico renal o hipertensión arterial de difícil control.

Considerando el incremento de riesgo que supone la hipertensión arterial respecto al desarrollo de cardiopatías y enfermedad cerebrovascular en la población general, a lo que se suma el riesgo ocasionado por la propia enfermedad *per se*, es fundamental identificar y tratar precozmente a este 10% de casos de hipertensión arterial secundaria, a priori reversibles con la terapia adecuada.

Conclusiones

- La hipertensión arterial secundaria representa el 10% del total de casos.
- Existen ciertos indicios para sospecha de una hipertensión arterial secundaria. Entre ellos, la aparición brusca, precoz, refractaria y/o maligna.
- La arteritis de Takayasu es una vasculitis de gran vaso con predilección por el sexo femenino. Hasta el 17-40% debutan con hipertensión arterial debido a una causa renovascular por estenosis de arterias renales.
- Su manejo se basa en dos pilares. Por un lado, el control de la enfermedad activa mediante corticoides e inmunosupresores. Por otro lado, el tratamiento de las complicaciones. Para la hipertensión arterial se recomienda el empleo de IECA y ARA-II a dosis bajas.



Figura 1. Ecografía doppler: engrosamiento de aorta abdominal en corte transversal.

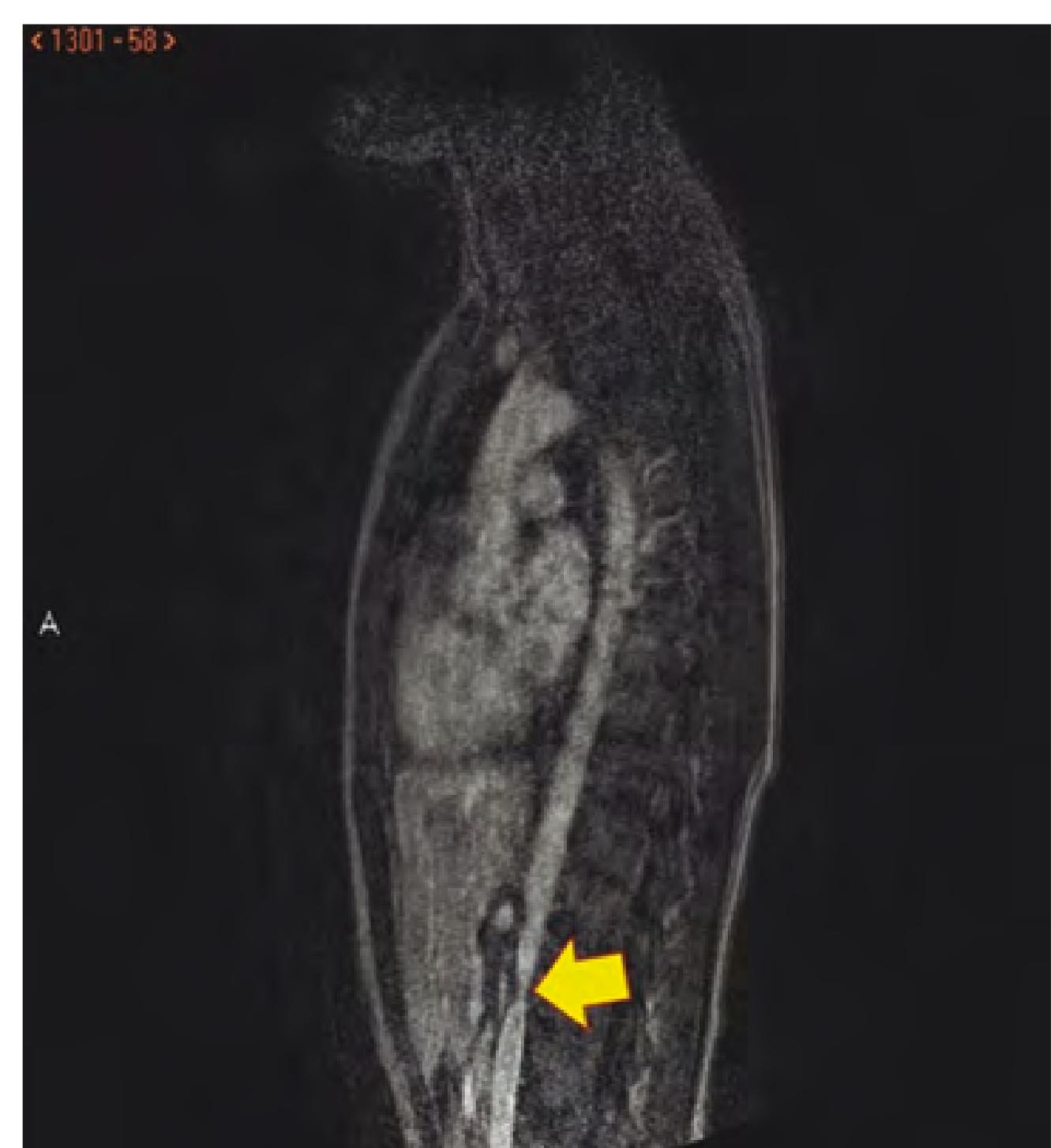


Figura 2. Resonancia magnética abdominal con estenosis de aorta abdominal.

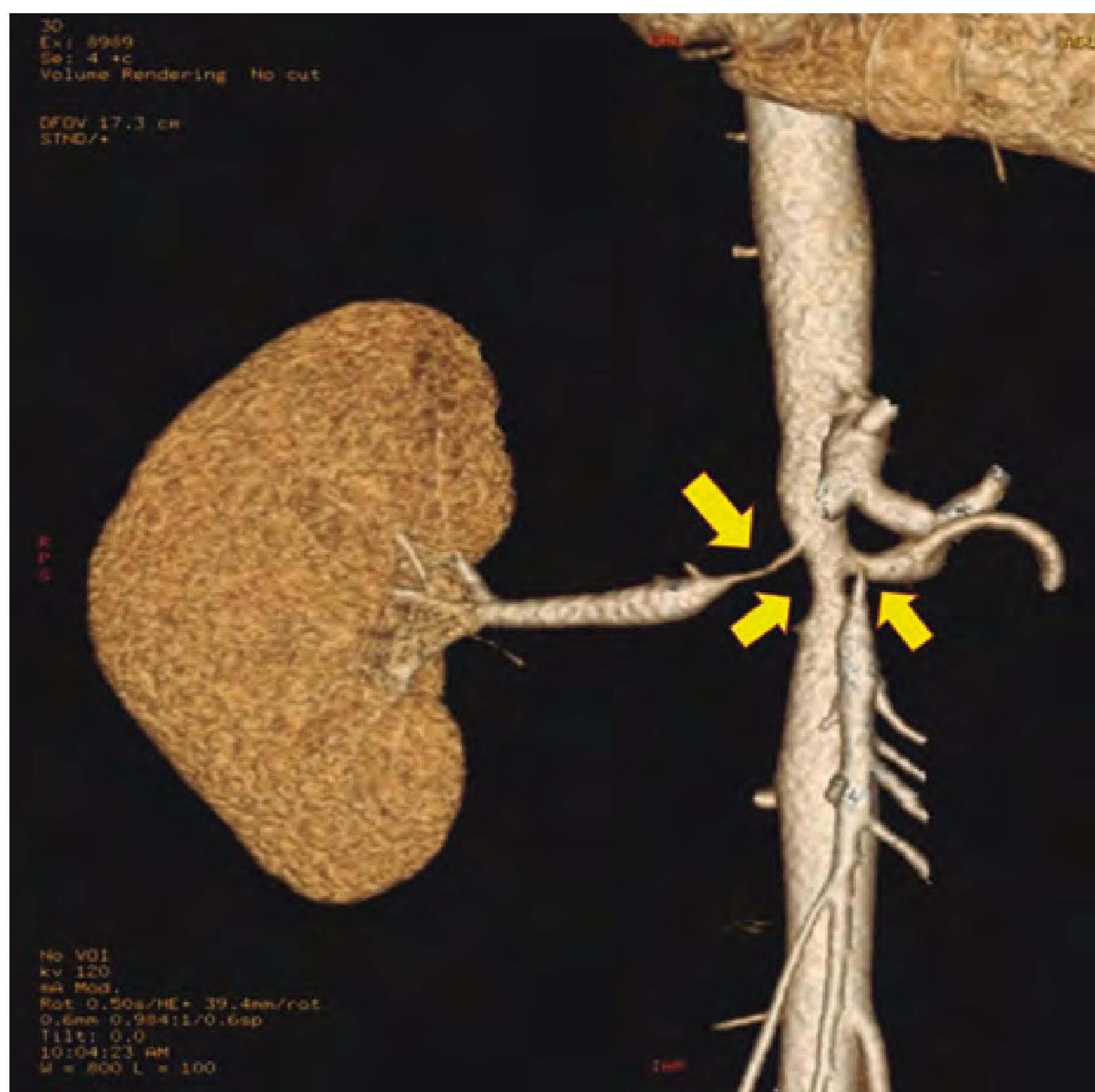


Figura 3. AngioTC. Estenosis arterial renal derecha, tronco celiaco y mesentérica superior.

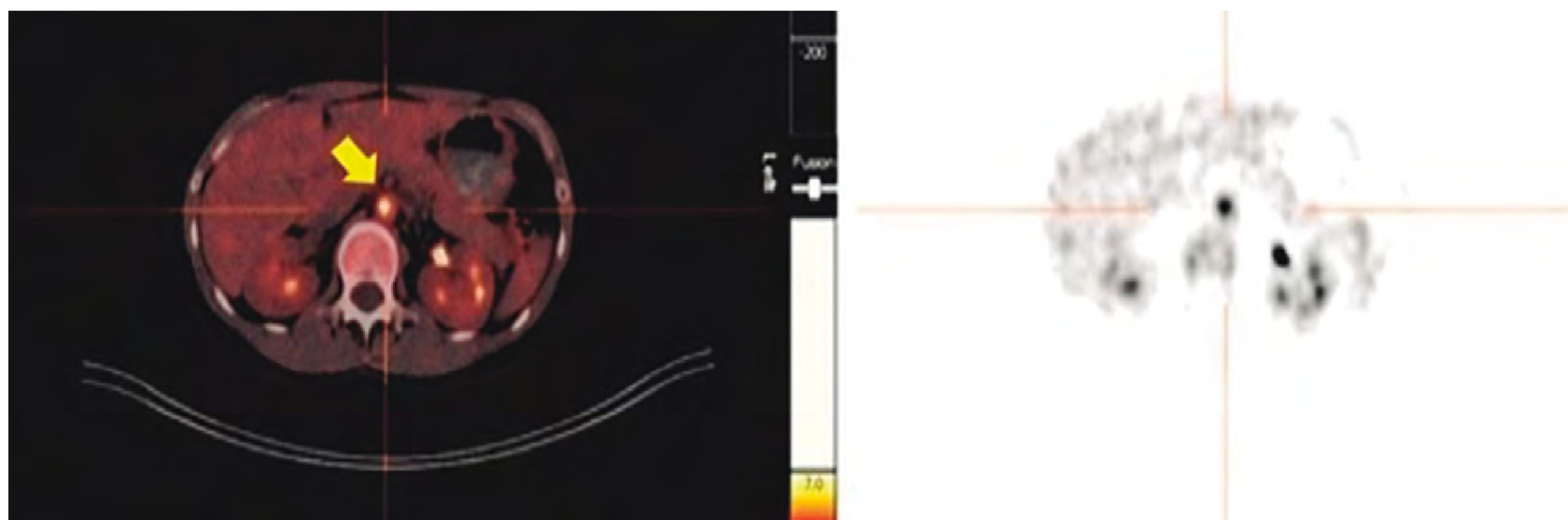


Figura 4. PET-TAC con captación de radiotrazador en aorta abdominal.

Bibliografía

1. Jordan J, Kurschat C, Reuter H. Arterial Hypertension. Dtsch Arztebl Int. 2018 Aug 20;115(33-34):557-568.
2. Santamaría R, Gorostidi M. Hipertensión arterial secundaria: cómo y cuándo debe investigarse. NefroPlus. 2015 Ene;1:1-106.
3. Rimoldi S, Scherrer U, Messerli F. Secondary arterial hypertension: when, who, and how to screen? Eur Heart J. 2014 May 14;35(19):1245-54.
4. Maz M, Chung SA, Abril A, et al. 2021 American College of Rheumatology/Vasculitis Foundation Guideline for the Management of Giant Cell Arteritis and Takayasu Arteritis. Arthritis Rheumatol 2021; 73:1349.
5. Textor S, Lerman L. Renovascular hypertension and ischemic nephropathy. Am J Hypertens. 2010 Nov;23(11):1159-69.