

## Varón con enfermedad renal crónica. ¿Normotenso?

María Cecilia Salgueiro<sup>a</sup>, Xènia Martín Fernández<sup>a</sup> y Ernest Vinyoles Bargalló<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP La Mina. Sant Adrià de Besòs. Universitat de Barcelona. Barcelona. España.

<sup>b</sup>Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CAP La Mina. Sant Adrià de Besòs. Universitat de Barcelona. Barcelona. España.

### Cuestiones para recordar

- La hipertensión arterial enmascarada se define en pacientes normotensos en la consulta pero con elevación tensional ambulatoria (cifras medias diurnas superiores a 130-135/85 mmHg o medias de 24 h superiores a 125-130/80 mmHg).
- La prevalencia de hipertensión arterial enmascarada oscila entre el 8 y el 48%, según los distintos estudios.
- Es una situación clínica de alto riesgo cardiovascular de difícil diagnóstico.
- Debemos sospecharla en pacientes con presión arterial elevada aislada ocasional, en normotensos diabéticos o con síndrome metabólico (con presión arterial en la consulta 130-139/80-89 mmHg), o en normotensos con lesión de órgano diana o enfermedad cardiovascular asociada.
- La evaluación regular de la presión arterial ambulatoria mediante automedición domiciliaria de la presión arterial o monitorización ambulatoria de la presión arterial es imprescindible para el seguimiento de estos pacientes.

**Palabras clave:** Hipertensión arterial • Hipertensión arterial enmascarada • Presión ambulatoria por automedición domiciliaria • Monitorización ambulatoria de la presión arterial.

Presentamos el caso de un varón de 55 años, comercial de profesión, sin hábitos tóxicos, que practicaba ejercicio físico regularmente (2 a 3 partidos de fútbol a la semana). El paciente tenía una hipercolesterolemia y una enfermedad renal crónica diagnosticada hace 15 años, seguida por un servicio de nefrología, y con un antecedente previo de una intervención por reflujo ureteral complicada con un *shock* séptico. Contaba con creatininas habituales estables de alrededor de 2 mg/dl. No disponíamos de informes. Realizaba tratamiento habitual con alopurinol 100 mg/día y con pravastatina 10 mg/día.

Acudió a la consulta por una gonalgia derecha de meses de evolución, relacionada con la práctica del deporte (fútbol), que no mejoraba con analgésicos (paracetamol). El paciente era consciente de la importancia de no consumir antiinflamatorios que podrían empeorar su función renal.

Paralelamente, comentaba que en alguna ocasión se había medido la presión arterial (PA) en la farmacia, que a veces era elevada, con PA diastólicas de alrededor de 100 mmHg.

En la exploración física únicamente se objetivaba un mínimo derrame articular en la rodilla derecha, con dolor a la flexo-extensión. La PA en la consulta era de 109/74 mmHg,

el índice de masa corporal era de 21,7 kg/m<sup>2</sup> y el resto de exploración física era normal.

Se le prescribió una rodillera, reposo relativo y se le derivó al traumatólogo. Además, se solicitó una analítica y un electrocardiograma, por no disponer de ninguna información del paciente en la historia clínica.

El electrocardiograma fue normal. En la analítica únicamente destacaba una creatinina 2 mg/dl, una estimación del filtrado glomerular de 37 ml/min, K 5,0 mEq/L, ácido úrico 7,8 mg/dl, colesterol total 177 mg/dl, colesterol HDL 82 mg/dl, colesterol LDL 84 mg/dl, triglicéridos 54 mg/dl, índice albúmina-creatinina 13 mg/g y sedimento de orina normal.

En resumen, se trata de un paciente atendido por un motivo osteoarticular, con enfermedad renal crónica y que refería elevaciones tensionales ambulatorias ocasionales, aunque presentaba un buen control de la PA en la consulta. Por ello, parece especialmente importante valorar la presión ambulatoria por automedición domiciliaria (AMPA) o por monitorización ambulatoria de la PA (MAPA) para descartar una hipertensión enmascarada (HTE), que empeoraría el pronóstico de su función renal.

Resumen General							
	Prom.	Est.	Min.		Max.		Baja
Sistólico:	112	15,45 mmHg	82	(06:03 Mié)	144	(22:33 Mar)	22,2%
Diastólico:	82	13,41 mmHg	56	(01:33 Mié)	104	(12:05 Mié)	27,5%
PAM:	92	14,38 mmHg	63		118		25,8%
Presión pulso:	31	5,90 mmHg	20		45		
Frecuencia cardíaca:	73	18,12 lpm	50		130		
				Lectura(s)	Hora		
Porcentaje de sistólico sobre límite:				1,7%	2,1%		
Porcentaje de diastólico sobre límite:				35,0%	30,7%		
Período(s) despierto 09:00 - 00:00							
	Prom.	Est.	Min.		Max.		
Sistólico:	122	9,10 mmHg	104	(14:43 Mié)	144	(22:33 Mar)	
Diastólico:	91	7,04 mmHg	68	(14:43 Mié)	104	(12:05 Mié)	
PAM:	101	7,98 mmHg	84		118		
Presión pulso:	31	6,01 mmHg	20		45		
Frecuencia cardíaca:	81	17,09 lpm	58		130		
				Lectura(s)	Hora		
Porcentaje de lecturas sistólicas > 140 mmHg:				2,4%	3,1%		
Porcentaje de lecturas diastólicas > 90 mmHg:				50,0%	44,5%		
Período(s) de sueño 00:00 - 09:00							
	Prom.	Est.	Min.		Max.		
Sistólico:	95	8,63 mmHg	82	(06:03 Mié)	114	(00:03 Mié)	
Diastólico:	66	6,62 mmHg	56	(01:33 Mié)	76	(08:33 Mié)	
PAM:	75	7,01 mmHg	63		88		
Presión pulso:	29	5,41 mmHg	20		41		
Frecuencia cardíaca:	58	5,67 lpm	50		71		
				Lectura(s)	Hora		
Porcentaje de lecturas sistólicas > 120 mmHg:				0,0%	0,0%		
Porcentaje de lecturas diastólicas > 80 mmHg:				0,0%	0,0%		
Número de lecturas de período(s) de sueño: 18							

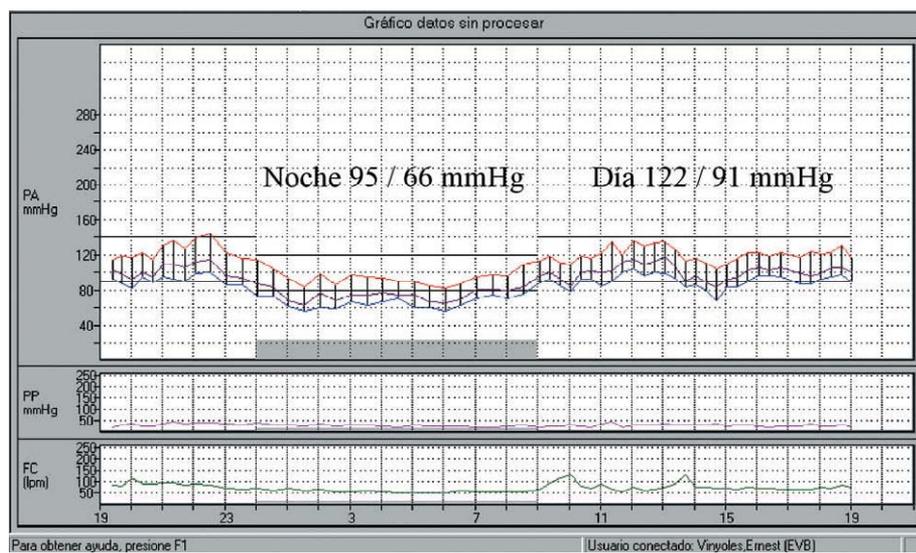


Figura 1. Primera monitorización ambulatoria de presión arterial de 24 h.

Se realizó una MAPA cuyos valores fueron: PA de 24 h 112/82 mmHg, PA media diurna 122/91 mmHg y PA media nocturna 95/66 mmHg (fig. 1). Por lo tanto, se trataba de un paciente con hipertensión arterial enmascarada diastólica, de predominio diurno, que se caracteriza por normotensión en la consulta y elevación tensional fuera de ella (cifras medias diurnas superiores a 130-135/85 mmHg o medias de 24 h superiores a 125-130/80 mmHg)<sup>1</sup>.

Los pacientes con HTE presentan un riesgo cardiovascular equiparable al del resto de hipertensos. Para prevenir una

potencial progresión del deterioro de la función renal, se consideró necesario asegurar un óptimo control tensional. En este caso, estaría indicado iniciar tratamiento farmacológico al tratarse de un paciente de muy elevado riesgo cardiovascular. Tras interconsulta con el nefrólogo del paciente, se optó por bloquear el sistema renina-angiotensina, dado el antecedente de enfermedad renal crónica. Se inició tratamiento con 10 mg de enalapril por la mañana, con objeto de controlar únicamente la PA durante el período diurno, ya que el enalapril es activo básicamente durante 12 h. De esta manera, se previene una hipotensión nocturna y una subsiguiente hipoperfusión renal. Se monitorizó la función renal y el ionograma a las tres semanas, que no mostró cambios relevantes. Fue entonces cuando se repitió la MAPA de 24 h (fig. 2). En esta segunda MAPA se observó un buen control tensional. De manera anecdótica, el paciente presentó una elevación tensional puntual a las 10 h, que coincidió con una reunión de trabajo.

## Discusión

La HTE se diagnostica mediante MAPA o AMPA en pacientes con PA clínica normal. Su prevalencia oscila entre el 8 y el 48%, según las diferentes poblaciones estudiadas y los criterios utilizados para definirla<sup>2,3</sup>. La elevada variabilidad de esta prevalencia se explica también por posibles sesgos de selección en algunos de los estudios. Se han identificado varios factores asociados a

HTE: consumo de tabaco y alcohol, género masculino, obesidad, actividad física y estrés<sup>4</sup>.

Desde hace tiempo, se conoce que la presión ambulatoria predice mejor los eventos cardiovasculares que la PA clínica<sup>5</sup>. No es extraño, por lo tanto, que los pacientes con HTE tengan con mayor frecuencia lesión de órganos diana que los sujetos con hipertensión de bata blanca o con hipertensión ligera<sup>6-9</sup>, e incluso mayor prevalencia de eventos cardiovasculares<sup>10</sup>. Dicho riesgo puede ser atribuible tanto a las elevadas

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3470703>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3470703>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)