

Caso clínico

La publicación de casos clínicos paradigmáticos, curiosos o simplemente instructivos es un excelente método para transmitir conocimientos y mover a la reflexión. Para ello, en esta sección se presentará un caso clínico abierto que permita sopesar y entrenar la experiencia clínica, la observación cuidadosa y la ponderación informada de los lectores.

Anamnesis

Varón de 72 años; fumador de 20 cigarrillos/día en los últimos 25 años; hipertenso de larga evolución con mal control de cifras de presión arterial, a pesar de tratamiento con una combinación a dosis fija de un inhibidor de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) y diurético tiazídico (por la mañana) asociado a un calcioantagonista dihidropiridínico (a mediodía). Acude al Servicio de Urgencias (SU) por disnea de esfuerzo progresiva en los 2 últimos meses, con empeoramiento brusco en las últimas 24 horas hasta hacerse de reposo.

Exploración

Los datos exploratorios más relevantes a su ingreso en el SU son: disnea de reposo; subcianosis mucosa; estertores crepitantes diseminados que dificultan la auscultación cardíaca; dudoso cuarto ruido. Algunos otros datos exploratorios se resumen en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Algunos valores biológicos del paciente

Parámetro	Valor
Presión arterial	202/112 mmHg
Frecuencia cardíaca	80 lpm
Índice de masa corporal	27,9 kg/m ²
Colesterol	192 mg/dL
HDL	56 mg/dL
Glucemia	96 mg/dL
Creatinina	1,3 mg/dL
Potasemia	5,1 mEq/L
Filtrado glomerular estimado	55 mL/min
Albúmina en orina	190 mg/24 h

Otras exploraciones

El paciente aporta el resultado de una monitorización ambulatoria de la presión arterial (**Figura 1**) en la que se aprecia hipertensión arterial sostenida (diurna y nocturna) aunque con descenso nocturno.

Tratamiento y evolución hospitalaria

Tras oxigenoterapia, furosemida y nitroglicerina i.v. y mantenimiento del IECA oral la presión arterial se redujo a 165/95 mmHg, la frecuencia a 70 lpm y mejoró la disnea.

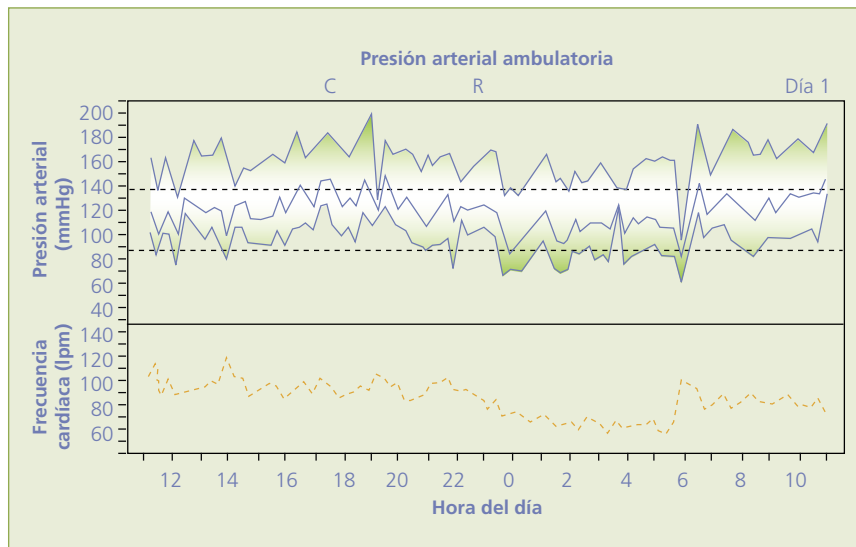


Figura 1. Monitorización ambulatoria de la presión arterial antes del ingreso.

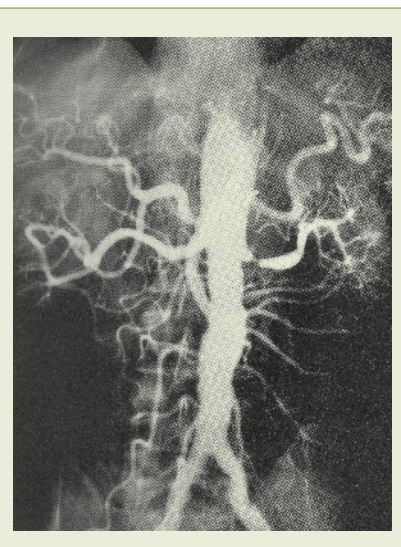


Figura 3. Aortografía del paciente.

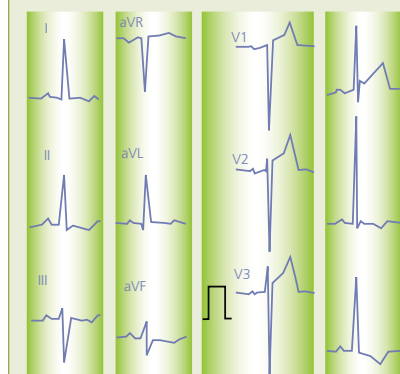
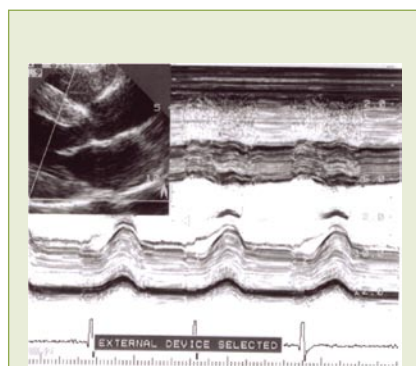


Figura 2. Ecocardiograma (arriba) y electrocardiograma (abajo) practicados al día siguiente del ingreso.

El electrocardiograma (ECG) y el ecocardiograma practicados al día siguiente del ingreso se muestran en la **Figura 2**. En el ECG se encontró hipertrofia ventricular izquierda con patrón de sobrecarga. En el ecocardiograma, además de hipertrofia concéntrica (espesor del tabique interventricular de 15 mm y de la pared posterior ventricular izquierda de 14 mm), se aprecia dilatación auricular izquierda (diámetro: 48 mm), función sistólica (fracción de eyección: 0,68) y diámetros del ventrículo izquierdo (diámetro telediastólico: 53 mm y telesistólico: 38 mm) normales y un patrón Doppler de flujo transmitral compatible con disfunción diastólica (alteración mixta de la relajación y de la distensibilidad).

La persistencia de presiones arteriales elevadas durante el ingreso indicó evaluación completa. En el estudio ecocardiográfico abdominal se apreció reducción del tamaño del riñón izquierdo y mediante análisis Doppler del flujo se objetivaron datos sugestivos de estenosis de la arteria renal.

Con la sospecha diagnóstica de hipertensión vascularrenal se llevó a cabo un estudio angiográfico en el que se apreció estenosis crítica de la arteria renal izquierda y signos de aterosclerosis aórtica (**Figura 3**).

Se procedió a dilatación y liberación de una endoprótesis en la zona estenótica con excelente resultado angiográfico y buen flujo renal distal.

Diagnósticos

Hipertensión arterial secundaria de causa vascularrenal con control inadecuado; cardiopatía hipertensiva (V2 IO AO); disfunción diastólica ventricular izquierda; insuficiencia cardíaca en grado funcional (NYHA) IV; disfunción renal ligera.

Evolución

A los 5 días de la dilatación de la arteria renal y con el paciente práctica-

mente asintomático se objetivó buen control de presión arterial. En la monitorización ambulatoria de la presión arterial llevada a cabo durante el ingreso del paciente (Figura 4), se apreció buen control de presión diurna y nocturna. Se observó ligera mejoría de los parámetros de la función renal (creatinina plasmática: 1,1 mg/dL, con filtrado glomerular estimado de 75 mL/min).

Al alta hospitalaria se indicó una combinación de aspirina y clopidogrel (este antiagregante plaquetario por 3 meses) y una estrategia de tratamiento antihipertensivo con enalapril (40 mg) asociado a una dosis baja de hidroclorotiazida (12,5 mg) y un betabloqueante (nebivolol 2,5 mg de inicio).

El paciente se mantuvo clínicamente estable, llevando a cabo una actividad física regular adaptada a su condición física sin disnea significativa. Los controles periódicos de presión arterial llevados a cabo por su médico de asistencia primaria se mantuvieron dentro de la normalidad. Una nueva monitorización ambulatoria de la presión constató la persistencia del buen control tanto diurno como nocturno, con conservación del patrón de descenso nocturno, manteniéndose el tratamiento antihipertensivo prescrito al alta hospitalaria.

La analítica de sangre mostraba estabilización de la mejoría de la función renal, sin alteraciones significativas. En orina persistía microalbuminuria ligera (40 mg/24 h), aunque con reducción significativa respecto a la que presentaba durante la hospitalización.

En el ECG llevado a cabo casi 3 años después del ingreso se aprecia, en comparación con el inicial, una marcada regresión de los parámetros de hipertrofia ventricular izquierda (HVI) (reducción de los voltajes del QRS y tendencia a la

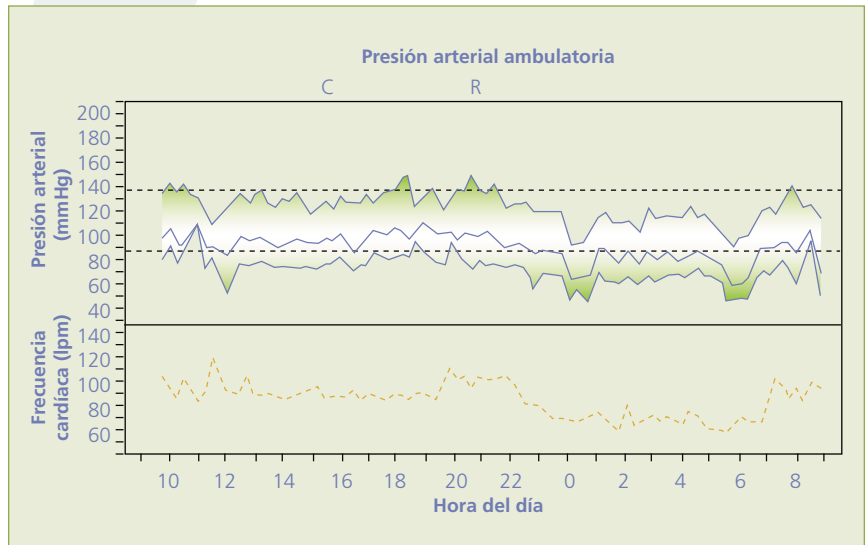


Figura 4. Monitorización ambulatoria de la presión arterial tras la dilatación de la estenosis renal.

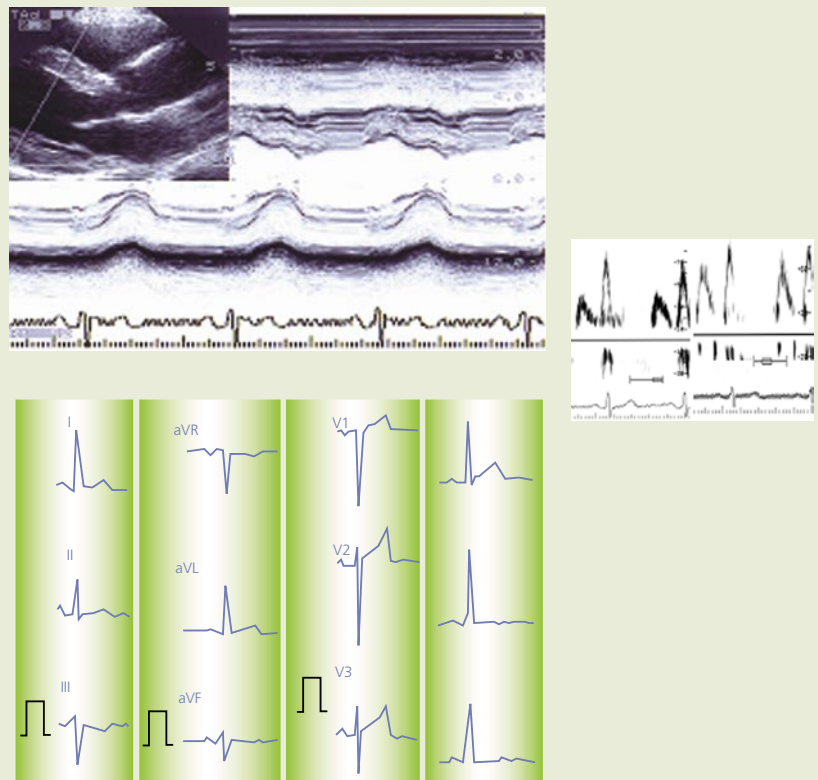


Figura 5. Electrocardiograma (abajo) y ecocardiograma de control 2 años y medio después de la dilatación de la arteria renal.

normalización de las alteraciones de la repolarización). Estos hallazgos se confirman en el estudio ecocardiográfico-Doppler: se observa una marcada regresión de la HVI y de la dilatación auricular izquierda, con persistencia de una función sistólica ventricular izquierda normal; por otro lado, mediante Doppler transmitral se aprecia mejoría de los parámetros de alteración de la relajación y distensibilidad (**Figura 5**).

Conclusiones

En un paciente con hipertensión arterial refractaria (definida como cifras elevadas de presión en tratamiento con tres fármacos antihipertensivos, uno de los cuales es diurético) que además se presenta con un episodio de edema agudo de pulmón que coincide con una marcada elevación tensional, deben descartarse causas secundarias de la hipertensión y, en especial, patología vasculorenal.

En el paciente que presentamos la dilatación de la estenosis renal fue clave para su estabilización clínica. Por otro lado, el caso ilustra la posibilidad de regresión del daño orgánico en la hipertensión.

La regresión de las alteraciones cardíacas y renales se asocia en primer lugar al buen control de la presión. El bloqueo farmacológico del sistema renina-angiotensina y del sistema simpatoadrenérgico debe contemplarse como prioritario en la estrategia terapéutica de estos pacientes.



Sumario del próximo número

- Evidencia científica y práctica clínica

- Resultados de los ensayos clínicos recientes en patología cardiovascular. Implicaciones para la práctica clínica (II)

- Nuevas guías de práctica clínica

- Tratamiento de la angina estable 2006 (Sociedad Europea de Cardiología)
- Directrices de manejo de la diabetes 2007 (American Diabetes Association)
- Tratamiento de las valvulopatías (ACC/AHA)