

## ARTÍCULO ESPECIAL

# Hipertensión arterial secundaria y cefalea mixta

Simao Aiex L<sup>1</sup>, Atienza López SM<sup>2</sup>,  
Quiles Sánchez LV<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico de Familia. CS San Miguel. Torremolinos.  
Distrito Sanitario Costa del Sol

<sup>2</sup>Médico de Familia. CS Salobreña.  
Distrito Sanitario Granada Sur

<sup>3</sup>Médico de Familia. Distrito Sanitario Murcia

### CORRESPONDENCIA

Leticia Simao Aiex  
E-mail: leticia.aiex@gmail.com

Recibido el 25/07/2017; aceptado para publicación el 07-09-2017  
Med fam Andal. 2017; 2: 208-210

Mujer de 40 años de edad, madre de dos hijos, sin antecedentes familiares de interés excepto madre fallecida por infarto agudo de miocardio a los 42 años de edad. Ex-fumadora de 20 paquetes año, sin referir otros hábitos tóxicos. Sin alergias medicamentosas conocidas. Síndrome ansioso-depresivo de larga evolución tratado con ansiolíticos de forma intermitente. Hipertensión arterial de 15 años de evolución permaneciendo con buen control tensional por más de 12 años con enalapril 20mg y posteriormente con enalapril 20mg/hidroclorotiazida 12,5mg. No otros antecedentes personales de interés.

Acude a consulta de atención primaria en diversas ocasiones por cefalea, primero frontal y luego holocraneal, de inicio leve y progresión en unos 30 minutos haciéndose intensa constante, no pulsátil, acompañada de náuseas pero sin vómitos. Refiere que no precisa ningún tipo de desencadenante, es diaria e incapacitante, y en algunas ocasiones le ha despertado por las noches. No relaciona las cefaleas con los cambios posturales ni movimientos cefálicos. Se intenta tratamiento con diversos tipos de analgésicos como ibuprofeno, metamizol, paracetamol, naproxeno... sin

ningún resultado, consiguiendo control parcial con indometacina a dosis máximas. Consume analgésicos a diario.

Posteriormente a las cefaleas empieza con mal control tensional, y en diversas ocasiones necesita asistencia sanitaria, incluso llegando a episodios de emergencia hipertensiva con cifras tensionales de 230/125.

Actualmente, y después de diversos cambios de tratamiento antihipertensivo sin lograr un aceptable control antihipertensivo (mínimas cifras registradas en consulta 165/95), la paciente sigue tratamiento con valsartán 320mg, hidroclorotiazida 25mg, bisoprolol 10mg, diltiazem 280mg, doxazosina 16mg, espironolactona 200mg, diazepam 20mg. Se insiste en la adherencia al tratamiento que la paciente asegura cumplir, así como suspender tratamiento con AINES para las cefaleas y sustituirlo por tramadol 150mg.

En exploración física y neurológica no se encuentran alteraciones; en fondo de ojo no se aprecia papiledema. Se realiza analítica sanguínea que es rigurosamente normal.

Al no conseguir un control tensional ni de las cefaleas de la paciente se deriva a la paciente a neurología y nefrología para descartar secundarismos.

En TAC craneal y RM cerebral que son normales excepto un engrosamiento mucoso en ambos senos maxilares y de los cornetes de la fosa nasal izquierda compatible con sinusopatía inflamatoria.

También se indica realización de Holter tensional que revela un patrón non dipper con cifras tensionales medias 160/90 con algunos picos de 200-190/110.

Ecodoppler renal evidencia estenosis de arteria renal derecha, por lo que se solicita AngioTAC que revela *hipoplasia de arteria renal* derecha en todo su trayecto, aunque con tamaño conservado.

Tras la realización de las diversas pruebas complementarias y descartar otros componentes de la cefalea se determina que ésta presenta un componente mixto, migrañoso con abuso de analgésicos, tensiones, sinusopatía además de un síndrome ansioso depresivo. Se instaura tratamiento con topiramato llegando a dosis de hasta 100mg al día que la paciente no tolera, además de sumatriptam para las crisis siempre que se consiga un buen control tensional.

Asociado al cuadro, aunque parece no tener relación con ello también presenta lesiones eritematosas en región de ingles, inframamaria y nalgas que se diagnostica como hidroadenitis supurativa, que se trata durante 2 semanas con doxaciiclina 200mg y posteriormente doxaciiclina 100 durante 4 meses con muy buen resultado.

La estenosis de la arteria renal por hipoplasia o displasia fibromuscular produce de 10 a 20% de los casos de estenosis y puede afectar la íntima media o adventicia, aunque el 90% de los casos se relacionan con la capa media de esta, pudiendo presentarse de forma uní o bilateral. Es más frecuente en mujeres entre 15 y 50 años de edad y su causa es desconocida, aunque podría estar relacionada con una predisposición genética, factores hormonales, el consumo de tabaco... Puede estar relacionada o no con el aumento de la presión arterial, siendo esta hipertensión arterial secundaria o maligna de muy difícil distinción a una hipertensión esencial.

Existen algunos factores que podrían hacernos sospechar de una hipertensión secundaria, además de la aparición de hipertensión no controlable en mujer joven sin otros factores de riesgo, una hipocalemia, soplo abdominal, hiperazoemia desencadenada por un inhibidor de la angiotensina.

Hay diversas formas no invasivas para intentar llegar a su diagnóstico como es el Ecografía doppler que es muy sensible y específica aunque depender de la destreza del operador que la realiza y de las características del paciente, pero el diagnóstico definitivo lo dará una prueba invasiva como es el Angiotomografía o angiorensonancia magnética bilateral que son muy específicas y sensibles.

En los casos de enfermedad unilateral cuando las mediciones entre ambos riñones difieren en una proporción 1.5:1, la posibilidad de curación tras una intervención quirúrgica está alrededor del 90%.

El tratamiento médico de elección en estos casos es el IECA y bloqueantes de los receptores de angiotensina.

La angioplastia convencional con o sin balón será el tratamiento de elección en aquellos pacientes con hipertensión arterial no controlada farmacológicamente e hipoplasia de arteria renal, siendo efectivo en más del 80% de los pacientes, aunque en un pequeño porcentaje de los casos habiendo recurrencia de la estenosis. Cuando ésta fracasa en más de dos ocasiones se puede intentar la reconstrucción de la arteria.

Actualmente la paciente se encuentra en situación de baja laboral a espera de intervención quirúrgica.

### Comentario final

Ante un paciente con mal control tensional es importante usar todas las armas terapéuticas pero sin nunca olvidar los posibles casos de hipertensión secundaria, y más cuando esta viene acompañada de otra sintomatología. Hay que intentar fiarse de los pacientes que aseguran un buen cumplimiento terapéutico, ya que

detrás de una subida tensional puede haber una enfermedad mucho más importante, y que diagnosticada a tiempo, puede tener tratamiento curativo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Rondanelli R. Hipertensión arterial en el adulto: evaluación diagnóstica y manejo. *Medclin.* 2015;26(2)
2. Santamaría R. Hipertensión arterial secundaria: cuándo y cómo debe investigarse. *NefroPlus.* 2015
3. Maldonado Centeno P, Molina Villacís I. Estenosis de la arteria renal: implicaciones clínicas y tratamiento. *Rev Medicina.* 2007;13(4)
4. Jiménez Cárdenas CM, Gutiérrez Moreno FJ, Ramírez Chacón R, Cobos Rojas AG. Hipertensión Arterial por estenosis de la arteria renal en una mujer embarazadas. Reporte de un caso. *Salud en Tabasco.* 2006;12(3)
5. Vásquez Velosa JM, Abades Vázquez JL, Cordero Castro JL. Angioplastia con stent en la estenosis de la arteria renal: nuestra experiencia. *Rev Chilena de Radiología.* 2016;22(1):13-19