

# ¿Son útiles los protocolos de estudios de los pacientes hipertensos?

J. A. Bravo Soto \*, M. Arrabal Martín \*\* y C. Asensio Peinado \*

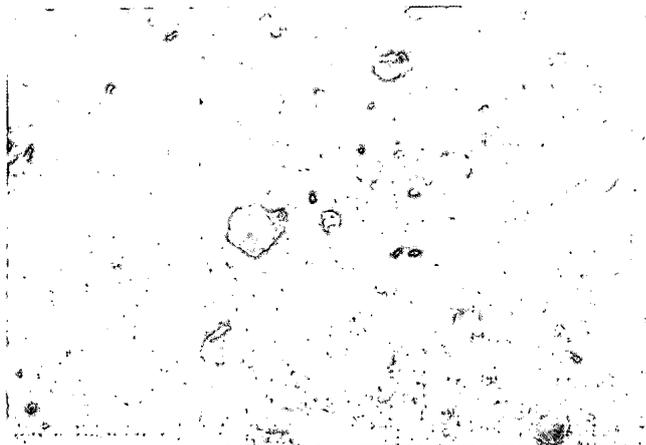
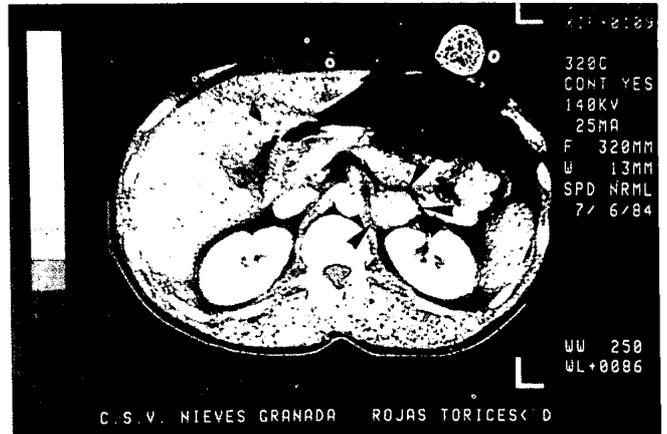
\* Servicio de Nefrología, Ciudad Sanitaria Virgen de las Nieves.  
 \*\* Servicio de Urología, Ciudad Sanitaria Virgen de las Nieves. Granada

Sr. Director:

La incidencia de hipertensión arterial, al menos en nuestro país, se estima en un 20 % <sup>1</sup>. De forma aproximada, un 5 % de la población hipertensa es considerada como de etiología secundaria y un 0,5 % lo es, como causa de un feocromocitoma <sup>2</sup>.

La finalidad de los protocolos de estudios de los enfermos hipertensos es estudiar de forma ordenada todos los aspectos de este síndrome, ir seleccionando

los pacientes que requieren exploraciones complementarias más agresivas y costosas y despistar aquellos que requieren tratamiento quirúrgico de los que serán tratados con dietas y/o fármacos. Hay que reconocer, sin embargo, que estos objetivos no se consiguen siempre y existe el riesgo de diagnosticar de «hipertensión arterial esencial» a un enfermo que en realidad es de etiología secundaria. Tal es el caso de un paciente de treinta y dos años, en situación de paro laboral y antecedentes maternos de hiper-



tensión arterial, que fue estudiado en nuestra unidad por cifras tensionales moderadamente elevadas (165/105 mmHg.) y cefaleas pulsátiles de carácter migrañoso.

Tras aplicar protocolo de estudio (historia y exploración clínica, estudios analíticos suero y orina, determinaciones de actividad plasmática de renina y aldosterona periférica, ácido vanilmandélico urinario en tres ocasiones coincidiendo con cefaleas —no se efectuaron determinaciones de catecolaminas libres ni metanefrinas por no disponerse de ellas en el momento del estudio—, nefrourografías en bolo rápido con cortes tomográficos, placas minutas y lavado con furosemida, ecografía renal y estudio isotópico renal), se concluye en un primer diagnóstico de hipertensión arterial esencial fase I con nivel de renina normal.

Con tratamiento a base de 150 mg. de atenolol y 50 mg. de clortalidona se consigue una reducción aceptable de las cifras tensionales (150/94 mmHg.); éstas eran aún más bajas en su domicilio (140/85 mmHg.). Las cefaleas disminuyeron, pero no se consiguió su desaparición.

Permanece en esta situación durante diez meses hasta que se decide efectuar —a pesar de la negatividad de las exploraciones anteriores— una angiografía abdominal y selectiva de renales para descartar estenosis de arteria renal. En este aspecto la exploración fue negativa; sin embargo, las arterias suprarrenales media e inferior izquierda nos parecieron anómalas (fig. 1), por lo que realizamos TAC abdominal, que detecta una tumoración de 3 cm. de diámetro entre el hilio y polo superior del riñón izquierdo (fig. 1). Es intervenido, extirpándosele un feocromocitoma de 40 g. (fig. 1), curándose su cuadro hipertensivo.

Retrospectivamente se valoraron de nuevo las imágenes urográficas y no se encontró evidencia objetiva de la tumoración, a pesar de que en dicha exploración existían cortes tomográficos.

Somos de la opinión que el poner en práctica protocolos de estudios en los hipertensos tiene como finalidad el valorar la experiencia adquirida en el tiempo y organizar de alguna forma la realización de exploraciones complementarias y determinaciones analíticas; no obstante, nunca deben servir para descartar un diagnóstico por el hecho de que una determinación o exploración sea negativa al respecto. No hay que darse por satisfecho con el diagnóstico de hipertensión arterial esencial; hay que observar la evolución del paciente y recurrir ante la mínima sospecha a las exploraciones más específicas, aunque sean costosas y agresivas, con la finalidad —como en el caso expuesto— de que no se retrase un diagnóstico y tratamiento correcto, evitando con este proceder un riesgo permanente al enfermo.

## Bibliografía

1. Abellán Alemán J: Problemática de la hipertensión arterial en asistencia primaria. *Hipertensión* (Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial) 2, 8:331-336, 1985.
2. Plouin PF, Degoulet P, Tugayé A, Ducrocq MB y Menard J: Le dépistage du pheochromocytome: chez quels hypertendus? Etude semiologique chez 2.585 hypertendus dont il avait un pheochromocytome. *Nouvelle Presse Médicale* 10, 11:869-872, 1981.

Dada la importancia del tema abordado, el Comité de Redacción ha considerado oportuno añadir el siguiente **comentario editorial**:

Los protocolos de estudio de la hipertensión arterial, al igual que los de otro tipo de enfermedades, intentan de una forma ordenada y pragmática etiquetar el tipo de proceso que el enfermo padece y permiten, en un momento dado, revisar la experiencia del grupo de trabajo que los utiliza.

En el caso concreto de la hipertensión arterial, la utilización de un protocolo de estudio tan amplio como el realizado inicialmente al enfermo descrito supone que, con un margen de confianza muy elevado, vamos a descartar un origen secundario de su hipertensión arterial y mejor todavía, nos va a permitir detectar causas potencialmente curables del proceso. Sin embargo, el mejor de los protocolos no va nunca a permitir que el diagnóstico realizado al concluir su realización sea el adecuado en el 100 % de los casos.

Analizando más detalladamente el caso que nos ocupa, vemos que se trata de un sujeto joven. La edad inferior a los treinta y cinco años ha venido siendo considerada como un criterio que fuerza un protocolo de estudio más amplio que el utilizado en edades más avanzadas. Sin embargo, es hoy en día conocido que el comienzo de la hipertensión arterial esencial es más precoz de lo descrito hace más de una década en la literatura médica. La sintomatología descrita por el paciente no dista de la encontrada en un amplio porcentaje de hipertensos esenciales y no permite derivar en ella supuestos diagnósticos como el descubierto más tarde. El resto del estudio era normal y en él se incluyó la determinación de ácido vanilmandélico en tres ocasiones. Esta falta de positividad en el parámetro bioquímico más comúnmente utilizado en el diagnóstico del tumor cromafín está ampliamente recogida en la literatura. ¿Se tomaron muestras de orina en relación con algún episodio de cefalea pulsátil? Es, sin embargo, llamativa esta normalidad en presencia de hipertensión arterial mantenida, si es que ésta era dependiente de hipersecreción de catecolaminas. La curación de su proceso con la extirpación quirúrgica del tumor habla en favor de que aquéllas fuesen las responsables de su tensión elevada. ¿Se determinaron simultáneamente catecolaminas en orina?

Con terapéutica convencional y asociando dos fármacos se consigue un control aceptable de la hipertensión. ¿Cuál era el nivel de control aceptable?

Si miramos las cifras tensionales iniciales parecía una hipertensión arterial en el límite, entre leve (diastólica entre 90 y 104) y moderada (diastólica entre 105 y 114). Habitualmente este grado de hipertensión no requiere de la asociación de dos fármacos para un control adecuado. Probablemente fue este hecho el que llevó a la realización de la arteriografía, en la que apareció el tumor que fue luego extirpado, curándose el paciente. El control inadecuado o difícil de una hipertensión arterial es una de las causas de ampliación de un protocolo de estudio.

Sin ánimo de entrar en polémica, el planteamiento del paciente fue razonable, quedando quizá por contestar las tres preguntas arriba expuestas.

La conclusión sería que se trata de un caso clínico curioso y extraordinariamente poco frecuente en su forma de presentación, que nos enseña la dificultad que a veces tenemos los clínicos para, con medios de diagnóstico sofisticados, llegar a un diagnóstico correcto, pero que en ningún modo empaña la utilidad de los protocolos de estudio si éstos no se limitan a la primera consulta del paciente, sino que se prolongan en el tiempo dependiente de la respuesta terapéutica y/o de la aparición de nuevos datos clínicos o de laboratorio.