

HIPERTENSIÓN ARTERIAL E HIPOTIROIDISMO

Autores: Joaquin Juan Ortega, Carmen Payá Enguix, Maria José López Matoses, Olga

Pons Martinez, Francisco Soriano Mor, Mohamed Moh Mahmud Moh Salem .



Introducción:

La prevalencia de la hipertensión arterial (HTA) en la población general es del 35-40%. En el estudio del paciente hipertenso es obligado "pensar" en aquellas causas secundarias de hipertensión, como el hipotiroidismo, donde una hipertensión arterial de difícil control puede ser su causa.

Descripción del caso:

Mujer de 63 años que acude por cefalea, ha ganado 3 kilos en 1 mes y se encuentra mas cansada de lo habitual. A la exploración física presenta tensión arterial (TA) de 167/107 mmHg, Índice Masa Corporal 36,4. Exploración cardiopulmonar y abdominal normal. Con el diagnóstico de probable HTA se le programa una automedida de presión arterial (AMPA) y se le solicita una analítica ordinaria. TA media en AMPA: 163/102 mmHg. Analítica normal excepto Colesterol Total (CT) 282mg/dl, LDL 197mg/dL, TSH 12,1 , t4 libre 0,72. Se llega a los diagnósticos de: Hipotiroidismo, Hipercolesterolemia y HTA. Se inicia tratamiento únicamente para la patología tiroidea, mediante levotiroxina 50mcg/dia. Se repite analítica a los dos meses con estos resultados: TSH 5,2, t4 libre 1, CT 167mg/dL, LDL 122mg/dL. Aporta controles de TA de las últimas 3 semanas con cifras medias de 127/78mmHg. Ha perdido 3 kilos.

Estrategia de actuación:

El hipotiroidismo puede ser causa de hipercolesterolemia y de HTA. En estos pacientes el tratamiento con levotiroxina puede normalizar las cifras de tensión arterial y de colesterolemia no siendo necesario recurrir a estatinas ni a antihipertensivos. Antes de iniciar tratamiento intensivo polifarmacológico debemos controlar la patología tiroidea y revalorar.

Bibliografía:

-Ochoa J, González PJ, Ollaqui J. Hipotiroidismo del adulto. AMF. 2005; 1 (1) :7-20.

-Surks MI, Ortiz E, Daniels GH, Sawin CT, Col NF, Cobin RH, Franklyn JA, Hershman JM, Burman KD, Denke MA, Gorman C, Cooper RS, Weissman NJ. Subclinical thyroid disease: scientific review and guidelines for diagnosis and management. JAMA. 2004 Jan 14; 291(2) :228-38.

Tabla 1. Clasificación de Hipertensión Arterial	
1. Primaria, esencial o idopática	Coartación de aorta
2. Causas identificables	Embarazo, inducida por
Renal	Trastornos neurológicos
Enfermedad renal de origen parenquimatoso	<ul style="list-style-type: none"> Hipertensión endocraneana Apnea del sueño Porfiria aguda Disautonomía familiar Intoxicación por plomo Síndrome de Guillain- Barré
<ul style="list-style-type: none"> Glomerulonefritis aguda Nefritis crónica Enfermedad poliquística Nefropatía diabética Hidronefrosis 	Estrés agudo (incluido cirugía)
Enfermedad renovascular	<ul style="list-style-type: none"> Hiperventilación psicógena Quemaduras Abstinencia de alcohol Perioperatorio
<ul style="list-style-type: none"> Estenosis de la arteria renal Vasculitis intrarrenal 	Hipervolemia
Tumores productores de renina	Alcohol
Retención primaria de sodio (síndrome de Liddle),	Hipertensión sistólica
Endocrina	Aumento del gasto cardíaco
Acromegalia	<ul style="list-style-type: none"> Insuficiencia valvular aórtica Fístula arteriovenosa conducto arterioso persistente Tirotoxicosis Enfermedad de Paget ósea
Hipotiroidismo e Hipertiroidismo	Rigidez de aorta
Hipercalcemia (hiperparatiroidismo)	
Trastornos suprarrenales:	
<ul style="list-style-type: none"> Feocromocitoma Hiperaldosteronismo primario Síndrome de Cushing 	
Tumores cromafines extrasuprarrenales	
Carcinoides	
Hormonas hexógenas	
<ul style="list-style-type: none"> Estrógenos Glucocorticoides Mineralocorticoides Simpaticomiméticos Eritropoyetina 	

Tabla 2. Indicadores de sospecha de HTA secundaria		
	Indicadores de sospecha	Confirmación diagnóstica, tratamiento
Enfermedad Renal Parenquimatosa	<ul style="list-style-type: none"> Nocturia Edema Aumento de creatinina Proteinuria Hematuria Sedimento urinario patológico 	<ul style="list-style-type: none"> Ecografía renal Biopsia renal
HTA Renovascular	<ul style="list-style-type: none"> HTA nivel 3 con IR progresiva HTA refractaria HTA con aumento de creatinina luego de los IEC o ARA2 Edema agudo de pulmón recurrente Soplo abdominal Enfermedad vascular periférica Pérdida del control de la presión arterial 	<ul style="list-style-type: none"> Ecodoppler de arterias renales Angiografía Radiografía con captopril Angiografía renal
Hiperaldosteronismo Primario	<ul style="list-style-type: none"> Hipokalemia espontánea Hipokalemia inducible con diuréticos HTA refractaria Hallazgo casual de una masa suprarrenal (incidentaloma) 	<ul style="list-style-type: none"> Actividad de la renina plasmática (ARP) Aldosterona plasmática y urinaria Cociente aldosterona/ ARP Test de supresión con fludrocortisona o con solución salina Tomografía Axial Computada (TAC) Resonancia Magnética Nuclear (RMN) Aldosterona en venas suprarrenales
Feocromocitoma	<ul style="list-style-type: none"> HTA con triada clínica: <ul style="list-style-type: none"> Palpitaciones Cefalea Sudoración 	<ul style="list-style-type: none"> Catecolaminas urinarias (Noradrenalina – Adrenalina) y plasmáticas Acido Vanilmandílico (AVM) Metanefrinas urinarias y plasmáticas TAC o RMN Centellografía
Síndrome de Cushing	<ul style="list-style-type: none"> Obesidad Estrías Debilidad muscular Edema Hiperglucemia 	<ul style="list-style-type: none"> Cortisol libre urinario Test de dexametasona TAC o RMN
Hipertiroidismo e hipotiroidismo	<ul style="list-style-type: none"> Taquicardia, pérdida de peso, ansiedad Aumento de peso, fatiga 	<ul style="list-style-type: none"> T4 Tirotrófina (TSH) Ecografía – Centellografía
Apnea del sueño	<ul style="list-style-type: none"> Ronquidos, sueño interrumpido Somnolencia diurna Cefalea matinal Obesidad 	<ul style="list-style-type: none"> Polisomnografía Oximetría nocturna
Coartación de Aorta	<ul style="list-style-type: none"> Asimetría en los pulsos periféricos 	<ul style="list-style-type: none"> Rx. de tórax- ecocardiografía TAC o RMN Angiografía