

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE
"DR. ANTONIO LUACES IRAOLA"
CIEGO DE ÁVILA

Asociación de hipertensión arterial, obesidad y litiasis renal
Arterial hypertension, obesity and renal lithiasis association

Manuel Agustín Pérez de Corcho Rodríguez (1), Serafín Silvio Noa Cordero (2), Cristóbal Clinio Mayola Alberto (3).

RESUMEN

La hipertensión arterial constituye un problema de salud pública en casi todo el mundo porque es una causa directa de discapacidad y muerte, constituye el factor de riesgo modificable más importante para sus complicaciones. La obesidad se acompaña de una mayor frecuencia de hipertensión arterial y se calcula que la Prevalencia de ésta es el 50% mayor entre las personas que están en sobrepeso que entre las que están en su peso normal. La incidencia de la litiasis en la población es muy variable según el área geográfica analizada. En los países occidentales la litiasis predomina en el sexo masculino, con una proporción varón/mujer de 2/1, y se presenta fundamentalmente durante la tercera década de la vida. En las mujeres existe un segundo pico de incidencia sobre la quinta década de la vida, como consecuencia de la hiper calciuria inducida por un aumento de reabsorción ósea relacionado con la menopausia. Describimos el caso de una paciente hipertensa, obesa, con litiasis renal, y Crisis Hipertensivas: Tensión Arterial > de 200/120 mmHg MSD. De acuerdo a la clínica de la paciente estudiada se obtuvo como resultado el control de la presión arterial, la expulsión de la litiasis renal y disminución del peso corporal. Concluimos que el control del peso, así como de las patologías renales es sumamente importante para la estabilidad de la presión arterial en un hipertenso.

Palabras clave: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, OBESIDAD, LITIASIS RENAL.

- 1.- Especialista de 1er Grado en Medicina Interna. Profesor Instructor
- 2.- Especialista de 1er Grado en Endocrinología. Profesor Instructor
- 3.- Especialista de 1er Grado en Medicina Interna. Profesor Asistente

INTRODUCCIÓN

Teóricamente, las hipertensiones arteriales renales pueden ser producidas por las enfermedades renales (1).

La hipertensión arterial (HTA) constituye un problema de salud pública en casi todo el mundo porque es una causa directa de discapacidad y muerte, constituye el factor de riesgo modificable más importante para sus complicaciones.

La obesidad se acompaña de una mayor frecuencia de HTA y se calcula que la prevalencia de ésta es el 50% mayor entre las personas que están en sobrepeso que entre las que están en su peso normal (2).

Describimos el caso de una paciente hipertensa, obesa, con litiasis renal, y crisis hipertensivas: Tensión Arterial > de 200/120 mmHg MSD (3).

Los objetivos del estudio de un paciente hipertenso en orden de importancia son los siguientes:

1. Delimitar la afección de los órganos diana.
2. Definir los factores de riesgo asociados.
3. Precisar la causa de una posible hipertensión secundaria (4).

Es probable que los adelantos en el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión sean la causa de la disminución de la mortalidad cardiovascular en los últimos 20 años (5).

Las crisis hipertensivas son situaciones clínicas que cursan con cifras de tensión arterial muy elevadas, y suelen aparecer en enfermos previamente hipertensos (6).

La litiasis renal cálcica es la causa más frecuente de litiasis renal.

Existe un grupo de pacientes litiásicos en los que no se demuestra anomalía alguna en su evaluación metabólica, pero que son formadores de cálculos. Este grupo representa aproximadamente el 5-10% de los pacientes con litiasis cálcica (7). El síndrome de micromiomas del útero se caracteriza por menorragia que no responde a la administración de terapia hormonal, legrado u oxitóxicos (8). Alrededor de 20% de la población cubana es obesa (9). Los avances en la medicina han sido numerosos, en especial en el pasado siglo, lo cual permite poseer en la actualidad un conjunto de conocimientos y prácticas que pueden hacer mucho por la salud de los seres humanos. No tenemos hábitos sanos de alimentación. Esto es evidente cuando se aprecia la gran cantidad de personas obesas y otras, que, sin serlo, presentan grandes problemas con la digestión y trastornos gastrointestinales que son la base de numerosas enfermedades. El hombre moderno consume gran cantidad de azúcares refinados, que en poco volumen aportan gran cantidad de calorías. El azúcar refinado y otros edulcorantes tienen una ausencia casi total de vitaminas y minerales, lo cual provoca fácil acumulación de grasa en el organismo. No es lo mismo el azúcar que se obtiene al consumir frutas, que aportan más vitaminas y minerales, es de fácil digestión y contribuye a desintoxicar el organismo (10).

El riesgo individual del factor de riesgo hipertensión arterial (11-12), propuesto por la Sociedad Europea de Hipertensión y la Sociedad Europea de Cardiología para el manejo de la Hipertensión Arterial (13), en los pacientes con este padecimiento poseen un riesgo moderado de sufrir un evento cardiovascular en los próximos 5 a 10 años y son considerados de alto y muy alto riesgo. La estratificación del riesgo cardiovascular individual depende de los diferentes factores de riesgo que concomitan, los mexicanos lo llaman la "Consolidación Conjuntiva" (12,14).

CASO CLÍNICO

Mujer de 48 años de edad, con antecedentes de doble sistema pielocalicial izquierdo congénito, pielonefritis crónica, obesidad exógena, hipertensión arterial, hipermetropía, litiasis renal izquierda, menopausia, depresión nerviosa, esteatosis hepática y mioma uterino, la paciente consulta por cefalea occipital, náuseas y astenia. En la exploración física se aprecia una paciente de 108 Kg., talla de 165 cm, con microvárices en miembros inferiores, mamas voluminosas, TA 130/90 mmHg en miembros superiores, que en otras ocasiones ha tenido >200/120 mmHg, con abdomen voluminoso y péndulo. En varios estudios ecográficos de abdomen se obtuvo como resultados; doble sistema pielocalicial izquierdo, riñón izquierdo en grupo calicial izquierdo imagen de litiasis de 5 mm, hígado con aumento difuso de la ecogenicidad que rebasa 2 a través de dedo el reborde costal, útero con imagen miomatoza en cara posterior que mide 37 x 39 mm., pielocaliectasis bilateral, pelvis renal derecha de 22 mm. y la izquierda de 16 mm. Con estos hallazgos y en base a la historia clínica decidimos realizar tratamiento médico; reposo, dieta sin sal abundante en líquidos, Hidroclorotiazida 25 mg. Enalapril 20 mg, Clordiazepóxido 10 mg. en dos subdosis. Un año después la paciente se encuentra con control de su hipertensión arterial, sin litiasis y menos peso corporal (95 kg), el cual debe mejorar progresivamente.

DISCUSIÓN

Se precisó en nuestro estudio de la paciente que la obesidad estaba asociada a su hipertensión arterial y que las patologías renales (doble sistema pielocalicial izquierdo congénito, la pielonefritis crónica y la litiasis renal), eran causa secundaria de la misma (3). Que el riñón es causa directa y primaria de algunos casos de hipertensión, lo demuestra la curación de esta por nefrectomía unilateral. Las causas renales son las más comunes entre las hipertensiones arteriales secundarias ocupando un 40% (1).

CONCLUSIONES

De acuerdo a la clínica de la paciente estudiada se obtuvo como resultado el control de la presión arterial, la expulsión de la litiasis renal y disminución del peso corporal. Concluimos que el control del peso, así como de las patologías renales es sumamente importante para la estabilidad de la presión arterial en un hipertenso.

ABSTRACT

Arterial hypertension (AHT) constitutes a problem of public health in most of the world, because is a direct cause of disability and death, constitutes the changeable factor of risk most important to its complications. Obesity is accompanying of a more frequency of AHT and is calculating that the prevalence of this one is the 50% bigger among persons who are overweigh than in persons with normal weight. The incidence of lithiasis in the population varies a lot depending on the analized geographic area. In west countries lithiasis is more frequent in masculine sex, with a proportion male/female of 2/1, and it is presented mainly during the third decade of life. In women there are a second incidence about the fifth decade of life, as consequence of induced hypercalcinuria because of a bone reabsorption related to climacterium. We describe a case of a hypertensive patient, obese with renal lithiasis and hypertensive crisis: blood tension of 200/120mmHg MSD. According to the clinic of the studied patient the result was the control of the blood pressure, the expulsion of the renal lithiasis and loss of corporal weight. We concluded that the weight's control as well as renal pathologies is really important for the stability of blood pressure in a hypertensive.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Llanio Navarro R, Perdomo González G, Arús Soler ER, Fernández Naranjo A, Fernández Sacasas JA, Matarama Peñate M, et al. Propedéutica clínica y semiología. 4 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005.
- 2.- Roca Goderich R, Smith Smith V, Paz Presilla E, Losada Gómez J, Serret Rodríguez B, Llamas Sierra N, et al. Temas de Medicina Interna. 4 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.
- 3.- Pérez de Corcho Rodríguez MA. Curso Provincial de Emergencia en la UCIE. Ciego de Ávila; 2003. (Material no publicado).
- 4.- Matarama Peñate M, Llanio Navarro R, Muñiz Iglesias P, Quintana Setién C, Hernández Zúñiga R, Vicente Peña E, et al. Medicina Interna. Diagnóstico y Tratamiento. 3 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005.
- 5.- Oparil S. Hipertensión arterial. En: Wyngaarden JB, Smith LH Bennett JC, editores. Cecil. Tratado de Medicina Interna. 19 ed. México: Editorial Interamericana; 1994. p. 290-309.
- 6.- Blanco Coronado JL. Crisis hipertensivas. En: Ginestal Gómez RJ, Blanco Coronado JL, Borasteros Martínez C, Fernández de Aguilar Caparrós C, Catarla Duch J, García Pardo J, et al. Cuidados Intensivos. 1 ed. Madrid: Editorial Libro del Año; 1991. p. 479-490.
- 7.- Farreras Rozman. Tratado de Medicina Interna. 14 ed. Madrid: Ediciones Harcourt; 2000.
- 8.- Llanio Navarro R. Síndromes ginecoobstétricos. En: Llanio Navarro R, Lantigua Cruz A, Batule Batule M, Matarama Peñate M, Arús Soler E R, Fernández Naranjo A, et al. Síndromes. 2 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005. p. 204-214.
- 9.- Escobar Yénder NV. Lípidos y aterosclerosis. 1 ed. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 2004.
- 10.- Ávila Guethón J. Salud ecológica. 1 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
- 11.- Hernández Cueto M. La población del mundo y la hipertensión arterial en los próximos 45 años. Hipertensión arterial. La Habana: ECIMED; 2005.
- 12.- Rosas Peralta M, Pastelín G, Martínez Reding J, Herrera-Acosta J, Attie F. Hipertensión arterial en México. Guías y recomendaciones para la detección, control y tratamiento. Arch Cardiol Mex. 74(2):134-157. 2004.
- 13.- Sociedad Europea de Hipertensión. Sociedad Europea de Cardiología. Guías para el manejo de la hipertensión arterial. Madrid: Ediciones Harcourt; 2003.

14.- Rosas Peralta M. La hipertensión arterial en México y su relación con otros factores de riesgo.
Arch Cardiol Mex. 73(Sup 1):137-140; 2003.