



Hipertensión y Complicaciones Cardiovasculares: Casos Clínicos

Comunicaciones del XXI Congreso Latinoamericano de Nefrología e Hipertensión & VII Congreso Nacional de Nefrología e Hipertensión. Sociedad Ecuatoriana de Nefrología, Diálisis y Trasplante. Guayaquil, 27 al 30 de agosto de 2025.



SLANH 2025

Submission Deadline

June 13, 2025

Recibido: Julio 2, 2025.

Aceptado: Julio 25, 2025.

Publicado: Agosto 2, 2025.

Editor: Dr. Franklin Mora B.

Como citar:

Comunicaciones SLANH. Accesos vasculares y nefrología intervencionista. Artículos originales. Comunicaciones del XXI Congreso Latinoamericano de Nefrología e Hipertensión & VII Congreso Nacional de Nefrología e Hipertensión. Sociedad Ecuatoriana de Nefrología, Diálisis y Trasplante. Guayaquil, 27 al 30 de agosto de 2025. REV SEN 2025;13(S1):452-464.

DOI: <http://doi.org/10.56867/140>

Sociedad Ecuatoriana de Nefrología, Diálisis y Trasplantes.

ISSN-L: 2953-6448



Copyright 2025, SLANH. This article is distributed under the [Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), which allows the use and redistribution of the article, citing the source and the original author for non-commercial purposes.

Resumen

La hipertensión arterial es uno de los principales factores de riesgo modificables para el desarrollo de complicaciones cardiovasculares, como insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular y enfermedad renal crónica. Diversos casos clínicos han evidenciado que la falta de control adecuado de la presión arterial se asocia con mayor morbilidad y deterioro progresivo de órganos diana. El análisis de estos escenarios clínicos resalta la necesidad de un diagnóstico oportuno, una estratificación precisa del riesgo y la implementación de terapias combinadas que permitan optimizar el pronóstico. Asimismo, se subraya la importancia del abordaje integral y multidisciplinario, así como del seguimiento continuo, para prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial.

Palabras claves:

Hipertensión arterial, Riesgo cardiovascular, Morbilidad, Terapia combinada, Diagnóstico oportuno.



Hipertensión arterial severa asociada a Disección Aortica tipo Stanford A y ERC+A2:DM5

Hipertensión y Complicaciones Cardiovasculares

E-Poster

Caso clínico

Hedy Villanera

Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti", Venezuela.

hedyvillanera@gmail.com

Aracelis Márquez

Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti", Venezuela.

Denia Arzola

Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti", Venezuela.

Maribel Marcano

Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti", Venezuela.

Masculino de 34 años de edad, hipertenso desde la juventud, en TTO irregular con ARA II, quien presenta dolor precordial, opresivo, de aparición brusca y disnea leve, que mejora espontáneamente, asociado a cifras tensionales elevadas. Por este motivo, es evaluado por cardiólogo, evidenciando electrocardiograma: hipertrofia de VI, no signos de isquemia, enzimas cardíacas dentro de límites normales y ecocardiograma con dilatación de aorta torácica y regurgitación de la válvula aortica, además, con disminución leve de TFG. Se maneja en conjunto con Nefrología: proteinuria leve, ameritando el ajuste de tratamiento antihipertensivo: ara II, calcio antagonista, betabloqueantes, agonistas alfa adrenérgicos y vasodilatadores tipo minoxidil, con poca respuesta. Ecográficamente: ritones con aumento de ecogenicidad, hipotrofia renal derecha e hipertrofia renal izquierda compensatoria con índice de resistencia elevado en RD. Es planificado para angio TAC, reportando: disección aortica tipo Stanford A. Persistiendo con cifras tensionales elevadas por encima de meta ideal y progresión de ERC. Es evaluado por cirugía cardiovascular y plantea cirugía de aorta. Por esto, se realiza cirugía de reemplazo de aorta ascendente mas arco aórtico con prótesis de dacrón mas puentes a TBC, carótida izquierda y subclavia izquierda, complicado con ACV secuelar en TACMI y trombosis venosa en miembro superior izquierdo: cefálica, basilica y axilar. Egres a hemodinámica mente estable, sin progresión de ERC y con mejoría de cifras de presión arterial: ARA II y calcio antagonistas.



Reporte de Caso: Displasia fibromuscular en candidato a donante renal cadavérico

Hipertensión y Complicaciones Cardiovasculares

E-Poster

Caso clínico

Ana Gabriela Cante Lopez

Hospital General San Juan De Dios Guatemala.

gaby_ang121@hotmail.com

Elioenai Perez Lopez

Hospital General San Juan De Dios, Guatemala.

Rudolf Alexander Garcia Gallont

Hospital General San Juan de, Guatemala.

Yener Oswaldo Rojas Soto

Hospital General San Juan De Dios, Guatemala.

Roberto Orozco

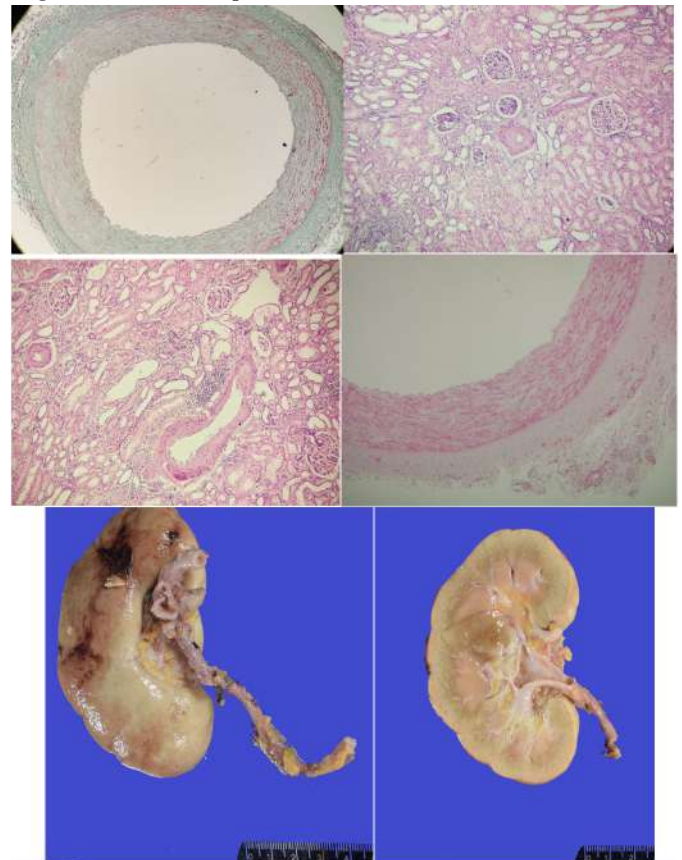
Hospital General San Juan De Dios, Guatemala.

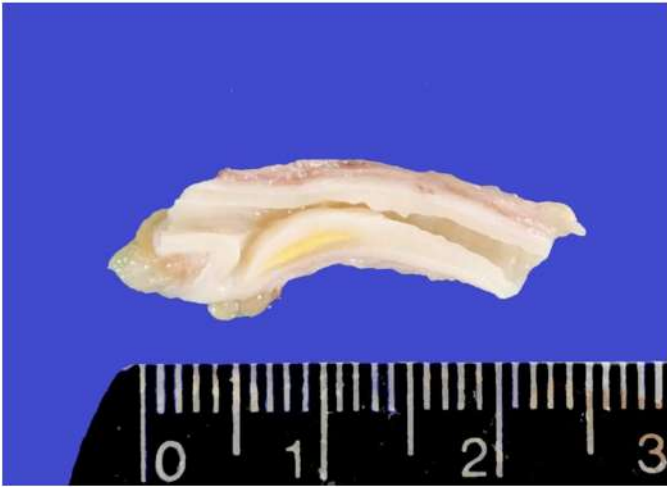
La displasia fibromuscular es una enfermedad arterial no inflamatoria ni aterosclerótica que afecta predominantemente a mujeres jóvenes y afecta arterias de mediano y pequeño calibre, especialmente las arterias renales y carótidas. Es la segunda causa más común de hipertensión renovascular, con una prevalencia estimada del 0.4 % en estudios poblacionales. Aunque se desconoce su causa exacta, implica una combinación de factores genéticos, hormonales y ambientales. Su principal manifestación clínica es la hipertensión arterial secundaria a la estenosis de la arteria renal. El objetivo terapéutico principal es el control de la hipertensión.

Paciente femenina de 32 años con antecedentes de hipertensión arterial de 9 años sin adherencia al tratamiento médico, paciente presenta deterioro súbito del estado de consciencia por lo que es llevada al hospital, se realiza tomografía computarizada cerebral que evidenció un accidente cerebrovascular hemorrágico con ausencia de circulación cerebral. La paciente presentó hipotensión, por lo que se iniciaron aminas vasoactivas, con una creatinina de 0.75 mg/dl. Se consideró a la paciente como donante renal cadavérico. Al ser trasladada a quirófano y realizarse la explantación renal, se evidenció rigidez en las arterias renales en ambos riñones, con un tabique cartilaginoso que se proyectaba hacia la arteria. Debido a la sospecha de displasia fibromuscular de la capa media, se descarta como donante renal.

Se envía muestra a patología evidenciando: corteza renal es parda, de 2 cm, y la médula renal es más pálida, de 2.5 cm, con

cálices fácilmente identificables. Se identifica un uréter de 2 cm de largo por 0.4 cm de diámetro y 0.1 cm de pared. Una vena renal de 2 cm de largo por 1 cm de diámetro y 0.1 cm de grosor. Un corte longitudinal del uréter revela el 60 % de su luz ocluida por tejido de aspecto firme, con un diámetro de pared de 0.5 cm y 0.5 cm de diámetro, y un grosor de pared de 0.1 cm. La vena mide 2 cm de diámetro y 1 cm de diámetro, con un grosor de pared de 0.1 cm. Los cortes muestran áreas focales de glomeruloesclerosis leve, necrosis tubular aguda y nefritis intersticial. En las arterias intraparenquimatosas se observa fibrosis muscular intersticial, fibrosis adventicia marcada y formación ocasional de ateroma intimal. Se observa inflamación perineural crónica compuesta por linfocitos de aspecto maduro en ambos uréteres. Se observa ateroma en la arteria segmentaria derecha y engrosamiento de la pared debido a fibrosis que afecta al 50% de la capa muscular y fibrosis adventicia en ambas arterias renales. Se observa fibrosis adventicia leve y ligero engrosamiento de la pared en ambas venas renales.





El paciente fue evaluado como posible donante renal y los estudios preoperatorios no revelaron anomalías; sin embargo, durante la cirugía, se identificaron lesiones altamente sugestivas de displasia fibromuscular; esta patología se considera riesgosa en trasplante renal, a pesar de que se encuentra hasta en el 6.6% de donantes vivos y que existen reportes de casos exitosos de riñones trasplantados con diagnóstico de displasia fibromuscular, en este caso no se considero debido a los hallazgos macroscopicos y al posible riesgo de progresión vascular y compromiso hemodinámico del injerto a trasplantar.



Presión arterial en pediatría: ¿un signo vital o un riesgo mortal?

Hipertensión y Complicaciones Cardiovasculares

E-Poster

Caso clínico

Franklin Loachamin Caiza

Carlos Andrade Marin IESS, Ecuador.

franklinloachamin@gmail.com

Astrid Israel Leon Monar

Carlos Andrade Marin IESS, Ecuador.

Resumen: La toma de presión arterial (PA) es usualmente un registro monótono y banalizado en las salas de

internación y consulta pediátrica. La hipertensión arterial (HTA) en muchas ocasiones se convierte en un hallazgo clave que lleva a desenmascarar patologías de elevada morbimortalidad.

Presentamos una serie de casos que evidencian la importancia de evaluar adecuadamente la PA.

Introducción : La HTA pediátrica tiene una prevalencia creciente, elevada comorbilidad a mediano y largo plazo, y con frecuencia está infradiagnosticada.

Se define HTA como los valores de PA sistólica y/o diastólica por encima del percentil 95 ($\geq P95$) correspondiente a la edad, sexo y talla, en tres o más ocasiones; considerando que la PA se incrementa con la edad y el tamaño corporal.

La medición correcta de la PA precisa una serie de elementos indispensables como: dispositivos de medición adecuadamente calibrados, procedimiento reglado e interpretación de resultados con base en percentiles según edad, sexo y talla. Todo pediatra debe estar familiarizado con el manejo de las tablas de referencia de PA según la edad, el sexo y la talla.

En general, cuanto menor es la edad del niño y mayor sean los valores de PA, más probable es que la HTA sea de causa secundaria, y la causa más frecuente de base en la infancia es la patología renal y renovascular (80%), siendo causas menos frecuentes las endocrinológicas, cardiológicas, autoinmunes.

Como ejemplo, presentamos cinco casos emblemáticos, donde la HTA fue un signo de especial relevancia que condujo al diagnóstico de patologías muy severas: estenosis de la arteria renal (EAR),

Enfermedad de Kawasaki, microadenoma hipofisario, glomerulonefritis postinfecciosa aguda y uropatía obstructiva por estenosis pieloureteral.

Objetivos:

- Destacar la importancia de la medición e interpretación adecuadas de la PA en pacientes pediátricos.

- Concientizar al personal que se dedica a la atención del paciente pediátrico acerca de la existencia de HTA en la niñez, misma que en elevado porcentaje es secundaria.

- Ejemplificar a través de una serie de casos, los diversos desenlaces diagnósticos y terapéuticos que tuvieron 5 niños con HTA como signo cardinal.

Métodos: Trabajo de investigación bibliográfica y estudio descriptivo retrospectivo de 5 casos clínicos

Resultados: en tablas incluidas

Conclusiones:

- Confirmado el diagnóstico de HTA es mandatorio realizar una evaluación adecuada y considerar el grupo etáreo, ya que, a menor edad, mayor probabilidad de etiología secundaria.

- La HTA pediátrica se presenta con frecuencia, su principal etiología es la patología renal o renovascular en los períodos neonatal, lactante, preescolar y escolar. Sin embargo, no se debe pasar por alto causas autoinmunes, endocrinológicas y cardíacas.



Hipertensión arterial renovascular en pacientes pediátricos: serie de casos y análisis clínico-diagnóstico.

Hipertensión y Complicaciones Cardiovasculares

E-Poster

Caso clínico

Alejandra Echeverría

Nuevo Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca", México.

aecheverria@hcg.gob.mx

Viridiana Alexandra Berumen Garcia

Nuevo Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca", México.

Ana Alejandra Echeverría Solís

Nuevo Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca", México.

Omar Nieves Rodríguez

Nuevo Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca", México.

Enndy Hollyver Sánchez Uribe

Nuevo Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca", México.

Emma Valeria Estrada Arce

eestrada@hcg.gob.mx

Nuevo Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca", México.

Introducción: La hipertensión arterial (HTA) en pediatría se define como niveles de PAS o PAD \geq p95 para la edad, sexo y talla. Las cifras cambian conforme va creciendo el niño y a diferencia del adulto, las causas secundarias de HTA en niños incluyen etiología renal como es la hipertensión renovascular (HVR) causada por estenosis de la arteria renal (EAR). Se establece el diagnóstico con imagen: USG renal o tomografía computarizada. La falta de toma rutinaria de la presión arterial en pediatría hace que se subestime el diagnóstico, pudiendo presentarse con complicaciones graves como emergencia hipertensiva.

Objetivo: Describir 3 casos de hipertensión arterial secundaria a estenosis de la arteria renal en pediatría y la importancia de la toma de presión arterial oportuna en consulta externa.

Informe De Hallazgos:

CASO 1: Femenino de 10 años acude a CE de pediatría por hematuria. A la EF: peso 34.3 kg (p50), talla: 146 cm (p70), IMC 16.1 (p30). TA 149/110 mmHg (urgencia hipertensiva), se IC al servicio de nefrología pediátrica. CrS de 0.58 mg/dl (TFG 104 ml/min) y EGO con presencia de hematuria. USG renal que reporta: RD: 6 cm (p<5) PSV: 22.6 cm/seg, RI: 11.4 cm (p>95) PSV: 44.6 cm/seg. Gammagrama renal con DTPA mostrando una TFG 114 ml/min (RD: 15% RI: 84.5%).

Angiotomográfica que reveló estenosis de la arteria renal derecha, proximal a la aorta 2 mm y al hilio 1 mm

CASO 2: Femenino de 6 años acude a CE de pediatría por litiasis renal derecha. A la EF: peso 17 kg (p5), talla: 112 cm (p11), IMC 13.6 (p10), TA 202/106 mmHg (urgencia hipertensiva), decidiendo su ingreso a hospitalización. Función renal: CrS de 0.43 mg/dl (TFG: 107 ml/min) y EGO con hematuria. USG renal reveló un RD: 7 mm (p50-90) con IR: 0.9 y un RI: 10 mm (p>95) con IR: 0.5. Gammagrama renal DTPA mostró una TFG: 117 ml/min (RD: 88% RD: 11.7%) y angiotomografía revelando en el segmento proximal de arteria renal derecha presencia de estenosis severa >90%.

CASO 3: Femenino de 10 años a cargo del servicio de Gastroenterología Nutrición y Parenteral con diagnóstico de hipertensión portal pre hepática y varices esofágicas. Ingresada al hospital para realizar angiotomografía portal y endoscopia diagnóstica por posible ligadura de varices. A la EF: peso 38.2 kg (p54), talla: 144 cm (p36), TA 115/70 mmHg (TAS p90, TAD p50), con CrS de 0.51 mg/dl (TFG: 116 ml/min). Al realizarse la tomografía contrastada reporta un RD normal y RI 6.9 cm (p<5), con realce homogéneo, calibre arteria renal 2.5 mm a nivel del ostium, mostrando datos de estenosis de arteria renal izquierda.

Resultados: Paciente del caso #1 con diagnóstico de estenosis de la arteria renal se programará a cirugía para colocación de STENT y revascularizar la arteria.

Paciente del caso #2 se le realizó nefrectomía parcial derecha, sin antihipertensivos actualmente.

Paciente del caso #3 Debido al compromiso hepatorenal, se planea corrección en conjunto.

Conclusión: La toma de PA en consulta de pediatría es fundamental para la detección oportuna de la HTA ya que suele ser asintomática, debutando con hipertensión grave. El control de la PA mediante tratamiento médico y quirúrgico, evitará la progresión de daño renal a estadio terminal y mejorará su calidad de vida. Por la edad pediátrica algunos procedimientos son limitados y requiere personal adiestrado, por lo que en muchas ocasiones el tratamiento quirúrgico ideal no es factible, complicando el pronóstico renal a largo plazo."



Nota del Editor

REV SEN se mantiene neutral con respecto a los reclamos jurisdiccionales sobre mapas publicados y afiliaciones institucionales.
