



Inicio	Reglamento	Reporte de resúmenes	Programa	Distribución de trabajos
Mi cuenta	Cerrar sesión			

Administración

Panel de Control

[Asignar coordinadores](#)

[En revisión](#)

[Enviados a corregir](#)

[Aprobados por coordinador](#)

[Aprobados por revisor](#)

[En traducción](#)

[Listo para publicar](#)

169

[Rechazados](#)

5

[Resúmenes Corrección](#)

[Inicio](#) » Cuadriparesia, hipokalemia e hipertensión severa: presentación de un caso de hiperaldosteronismo primario.

[Vista](#)

[Diferencias](#)

[Editar](#)

[Revisiones](#)

Resumen #1681

Cuadriparesia, hipokalemia e hipertensión severa: presentación de un caso de hiperaldosteronismo primario.

¹Kaplan RL, ²Ponce AA

¹Cátedra de Fisiología Humana. FCM - UNC y Hospital Privado Universitario de Córdoba; ²Cátedra de Fisiología Humana. FCM - UNC

Persona que presenta: Kaplan RL, dra.ruth.kaplan@gmail.com

Área: Clínico / Quirúrgica

Disciplina: Nefrología

Resumen:

La Hipertensión Arterial (HTA) es el principal factor de riesgo cardiovascular y de enfermedad renal. Aunque la mayoría de los casos son de hipertensión esencial, un 5-10% corresponde a HTA secundaria. La HTA secundaria se debe considerar en personas menores de 35 años, con HTA resistente, severa de inicio súbito, o con hipokalemia. El hiperaldosteronismo primario (HAP) es una causa común de HTA secundaria, especialmente en HTA resistente. El HAP se caracteriza por niveles elevados de aldosterona que ocasionan la triada típica: HTA + hipokalemia + alcalosis metabólica. Es importante que los profesionales de la salud reconozcan oportunamente el HAP, ya que su tratamiento adecuado puede reducir las complicaciones cardio y cerebrovasculares, que son mayores que en otras formas de HTA.

Se presenta el caso de un paciente masculino de 63 años consultó por debilidad muscular, que progresó hasta impedir la marcha. Presentaba cuadriparesia severa, sin síntomas sensitivos ni signos de foco neurológico, y HTA de 190/100 mmHg. El laboratorio reveló hipokalemia severa y alcalosis metabólica. Tenía antecedentes de HTA resistente desde los 45 años, tratada con cuatro antihipertensivos (valsartán, amlodipina, hidroclorotiazida y carvedilol) sin lograr control adecuado de la misma. Tras el ingreso, se realizó dosaje de aldosterona y renina plasmática mostrando un índice ARR de 250, confirmando el diagnóstico de HAP. Se indicó reposición parenteral de potasio y

se inició tratamiento con espironolactona y valsartán. Una tomografía abdominal reveló un adenoma suprarrenal. Se inició tratamiento con espironolactona y valsartán. El paciente evolucionó favorablemente, recuperando la fuerza muscular y normalizando la PA y potasemia en controles posteriores.

El HAP es una causa frecuente de HTA secundaria que debe sospecharse en pacientes jóvenes con HTA de difícil control o hipokalemia. En este caso, el paciente había estado durante años sin diagnóstico ni tratamiento adecuados. Este caso subraya la importancia de considerar HAP en HTA resistente, resaltando su manejo terapéutico y la educación sobre esta condición en la práctica clínica.

Palabras Clave:

Hiperaldosteronismo primario, HIPERTENSION ARTERIAL, sistema renina-angiotensina.

 [Versión para impresión](#) |  [PDF version](#)

Abstract #1681

Quadriparesis, hypokalemia, and severe hypertension: a case report of primary hyperaldosteronism

¹Kaplan RL, ²Ponce AA

¹Cátedra de Fisiología Humana. FCM - UNC y Hospital Privado Universitario de Córdoba; ²Cátedra de Fisiología Humana. FCM - UNC

Persona que presenta: Kaplan RL, dra.ruth.kaplan@gmail.com

Abstract:

Arterial Hypertension (HTN) is the main risk factor for cardiovascular and renal disease. While most cases are classified as essential hypertension, 5-10% are attributed to secondary HTN. Secondary HTN should be considered in individuals under 35 years of age, with resistant HTN, severe HTN of sudden onset, or associated hypokalemia. Primary aldosteronism (PA) is a common cause of secondary HTN, particularly in cases of resistant HTN. PA is characterized by elevated aldosterone levels, which lead to the typical triad: HTN, hypokalemia, and metabolic alkalosis. It is essential for healthcare professionals to promptly recognize PA, as early and appropriate treatment can reduce cardiovascular and cerebrovascular complications, which are more prevalent compared to other forms of HTN.

We report the case of a 63-year-old male patient who presented with muscle weakness, which progressively worsened, eventually resulting in the inability to walk. He exhibited severe quadriparesis, without sensory symptoms or signs of neurological focality, and HTN of 190/100 mmHg. Laboratory tests revealed severe hypokalemia and metabolic alkalosis. The patient had a history of resistant HTN since the age of 45, treated with four antihypertensive drugs (valsartan, amlodipine, hydrochlorothiazide, and carvedilol) without achieving adequate control. After admission, plasma aldosterone and renin levels were measured, showing an ARR index of 250, confirming the diagnosis of PA. Parenteral potassium replacement was administered, and treatment with spironolactone and valsartan was initiated. An abdominal CT scan revealed an adrenal adenoma. The patient was started on spironolactone and valsartan. He showed favorable progression, regaining muscle strength and achieving normalization of blood pressure and potassium levels in subsequent follow-ups.

PA is a common cause of secondary HTN that should be suspected in young patients with difficult-to-control HTN or hypokalemia. In this case, the patient had gone undiagnosed and untreated for years. This case highlights the importance of considering PA in resistant HTN, emphasizing its therapeutic management and the need for education about this condition in clinical practice.

Keywords: Primary Aldosteronism, hypertension, Renin-Angiotensin System
