

10. HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA DE ORIGEN NO RENAL...

10. HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA DE ORIGEN NO RENAL Y SU INFLUENCIA AL VOLANTE

Son situaciones clínicas de HTA menos frecuentes que la HTA esencial o de etiología renal, pero que incapacitan al volante desde su inicio, por lo que se desaconseja la conducción mientras el paciente esté en tratamiento.

Sin embargo, es frecuente la HTA asociada a fármacos con repercusión en la salud y la conducción, por eso el paciente, conocedor de esta posibilidad, debe disminuir los riesgos al volante.

La *coartación de aorta* suele localizarse en la salida de la arteria subclavia izquierda, provocando hipertensión en los miembros superiores y presión disminuida en los inferiores. Puede cursar sin síntomas o producir cefalea, cansancio y claudicación de extremidades inferiores. Se puede corregir quirúrgicamente, aunque en algunos casos puede persistir la HTA.

El *feocromocitoma* produce HTA paroxística o sostenida, con frecuentes episodios de cefalea, palpitaciones y sudoración profusa. Se suele asociar a pérdida de peso, hipotensión ortostática y menor tolerancia a la glucosa. En la mayoría de los casos la intervención quirúrgica mejora al paciente.

El *hiperaldosteronismo* suele cursar con cefalea, hipertensión diastólica leve, hipopotasemia, hipernatremia y alcalosis metabólica. El hiperaldosteronismo se puede asociar a tumores secretores de renina como el hemangiopericitoma renal, tratamiento diurético o reninismo secundario por estenosis de la arteria renal, nefrosclerosis arteriolar e HTA acelerada.

El hiperaldosteronismo cuya causa es hiperplasia suprarrenal bilateral se trata con restricción de sodio en la dieta y espirolactona.

La cirugía suele ser curativa en los pacientes con hiperaldosteronismo cuya causa sea un adenoma suprarrenal.

El *síndrome de Cushing* se caracteriza por debilidad muscular, aparición de hematomas y con frecuencia hipertensión, diabetes y alteraciones emocionales. La causa más común es el exceso de glucocorticoides en el tratamiento de ciertas enfermedades. También ocurre en las neoplasias suprarrenales, en la enfermedad de Cushing por hiperplasia suprarrenal bilateral secundaria a hipersecreción de ACTH hipofisaria, y en los tumores no endocrinos productores de ACTH en pulmón, tiroides, timo, páncreas y ovario.

La *HTA neurogénica* en polineuritis, tumores cromafines y psicógena.

La *HTA farmacológica* por anovulatorios, corticosteroides, antiinflamatorios no esteroideos, simpaticomiméticos, antidepresivos, interacciones medicamentosas, vasoconstrictores nasales, etc. Siempre que se pueda se debe retirar el medicamento causante de HTA y se sustituirá por otro parecido sin este efecto secundario.

La *eclampsia* en la gestante cursa con HTA, edemas, hiperreflexia, afectación renal, etc. Posteriormente, pueden originarse trastornos visuales y convulsiones.

Otras causas son el hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, acromegalia, policitemia, estrés, hipercalcemia, síndrome carcinoide, etc.

10. HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA DE ORIGEN NO RENAL...

Consejos sobre HTA secundaria de origen no renal en la conducción

- ▶ Suele afectar a conductores más jóvenes a los que se les recomienda no conducir en los casos sintomáticos o con HTA no controlada.
- ▶ El éxito del tratamiento médico, quirúrgico o de la enfermedad causal permitirá el control de la HTA y posibilitará la conducción, siempre con el criterio y la indicación del experto.
- ▶ El tratamiento quirúrgico requiere un periodo de recuperación más o menos prolongado durante el cual no se puede conducir.
- ▶ Las gestantes con eclampsia o preeclampsia no controlada deben evitar la conducción desde el inicio de los síntomas hasta después del parto con la normalización del cuadro clínico.
- ▶ Tras la ausencia de síntomas y la normalización de la presión arterial, el médico informará de la evolución favorable de la enfermedad que permita la conducción.