Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):17

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/3670 - SÍNDROME PRES

V. Vallmitjana Fernández[a], D.E. González Falcón[b], M.T. Martín de Rosales Cabrera[b], B. Jerez Basurco[c] y M. Sainz-Maza Aparicio[c]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; [c]Médico de Familia. Centro de Salud Los Alpes. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 51 años, con AP de fumador (IPA: 12), obesidad grado II y SAHS, que consulta por fotopsias, alteración para la emisión del lenguaje, desorientación temporo-espacial y fallos amnésicos de dos horas de evolución. Desde hace dos días presenta cefalea hemicraneal punzante y fiebre de 38,5 ºC, sin focalidad infecciosa.

Exploración y pruebas complementarias: TA de 230/160, FC 84, Tª 37,8 ºC, BM Test 141, Sat basal O2 98%, desorientado en tiempo y espacio, afasia mixta leve, parafasias ocasionales, no obedece órdenes complejas. ECG: ritmo sinusal a 100 lpm, HBAI, eje izquierdo, QRS estrecho, sin alteraciones en la repolarización. Fondo de ojo: exploración normal. Sin datos de hipertensión intracraneal. Se canaliza vía periférica, se administran 50 mg de captopril sublingual y ampolla de labetalol i.v. Se deriva a Urgencias hospitalarias. A su llegada, el paciente presenta una TA de 170/120 sin cambios en la exploración física. Se realiza TC craneal presentando en área frontotemporoparietal izquierda aumento de tiempo de tránsito, de flujo y de volumen. Dado el contexto clínico (fiebre, cefalea, alteración neurológica) y analítico (leucocitosis sin desviación a la izquierda) se realiza punción lumbar. El LCR es compatible con meningitis vírica. Se inicia tratamiento empírico con aciclovir hasta recibir resultados negativos de estudio microbiológico, suspendiendo el tratamiento. El paciente mejora con el control de presión arterial, quedando sin focalidad neurológica en 24 horas. De nuevo en el servicio de atención primaria, tras la resolución del proceso agudo, se consigue un adecuado control de la hipertensión arterial.

Juicio clínico: Hipertensión arterial esencial. Síndrome PRES (leucoencefalopatía posterior reversible). Retinopatía hipertensiva.

Diagnóstico diferencial: Encefalitis. Ictus isquémico/hemorrágico. Encefalopatía tóxica o metabólica. Enfermedades desmielinizantes. Vasculitis.

Comentario final: Este caso muestra la importancia de un adecuado y precoz control de la urgencia y emergencia hipertensiva en un servicio de atención primaria.

Bibliografía

1. Hinchey J, Chaves C, Appignani B, et al. A reversible posterior leukoencephalopathy síndrome.

N Engl J Med. 1996;334:494.
2. Stott VL, Hurrell MA, Anderson TJ. Reversible posterior leukoencephalopathy síndrome: a misnomer reviewed. Intern Med J. 2005;35:83.

Palabras clave: *Hipertensión arterial. Síndrome PRES. Leucoencefalopatía posterior reversible.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.