Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):646

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/2569 - REFLEJO DE CUSHING

T. Tigera Calderón[a], R. Taipe Sánchez[b], N. Fontanillas Garmilla[c], M. Gómez García[d], I. Noguerol Oliván[e] y C. Domínguez[f]

[a]Médico de Medicina Interna. Santander. Cantabria. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. [c]Médico de Familia. Centro de Salud Bezana. Santander. Cantabria. [d]Médico de Familia. Centro de Salud Sardinero. Santander. Cantabria. [e]Médico de Familia. Centro de Salud de Laredo. Cantabria. [f]Médico de Familia. Centro de Salud Selaya. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 70 años con antecedentes personales: no FRCV. Exfumador. Gonartrosis derecha pendiente de intervención quirúrgica. Tratamiento habitual: Condronsulf y omeprazol 20 mg intermitente. Asintomático hasta hace quince días que comienza a detectarse en la consulta de AP cifras de TAS de 170 y TAD: 95 con FC de 52 l/min. Se le cita en dos ocasiones más con el fin de filiar bien el diagnóstico de HTA cuando en la última visita refiere paresia de la ESI y movimientos anormales a nivel de dicha extremidad. Con dichos datos se deriva de forma urgente al hospital para la realización de prueba de imagen.

Exploración y pruebas complementarias: Hemograma, coagulación y bioquímica: Normal. ECG: RS a 50 min. Sin alteraciones de la repolarización. Rx de tórax: Sin hallazgos patológicos. TAC craneal: LOE parietal derecha compatible con gliobastoma multiforme grado IV. En las siguientes 48 horas se intervino dicha LOE produciéndose el fallecimiento por complicación postIQ.

Juicio clínico: Hipertensión arterial secundaria a HIC por LOE parietal derecha.

Diagnóstico diferencial: Hipertensión arterial esencial. Otras causas de hipertensión arterial secundaria: Vasculorrenal, farmacológica, origen endocrinológico, HIC idiopática.

Comentario final: El reflejo de Cushing fue descrito en 1901 como respuesta a una agresión directa sobre el tronco encefálico, generalmente de origen isquémico. El síndrome completo se compone de HTA, bradicardia y alteraciones respiratorias (33% de los casos). La hipertensión con TAS > 160 aparece en 1/5 de los casos y la bradicardia < 60 l/min en 2/3 de los episodios como ocurrió en nuestro caso. El tratamiento de la HIC consiste en medidas generales y tratamiento específico según etiología.

Bibliografía

1. Rodríguez-Boto et al. Med Clin. 2012;139:268-72.
2. Rangel Castillo et al. Crit Care Clin. 2006:713-32.

Palabras clave: Hipertensión arterial. Reflejo Cushing.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.