



<http://www.elsevier.es/semergen>

423/94 - EMERGENCIA HIPERTENSIVA EN PACIENTE CON ISQUEMIA EN MID

M. García Estrada¹, G. García Estrada², C. Corugedo Ovies³, R. Sánchez Rodríguez⁴, O. Houssaini Rato⁵, E. Suárez Jaquete⁵, H. Mendes Moreira⁶, P. Molero Pierres⁷, D. Fernández Ferreiro⁷, P. Ureña Solis⁷

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Cristo-Trubia-Las caldas. Área IV de Asturias (Oviedo).²Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias. Área IV. Oviedo.³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Siero-Sariego. Área IV. Oviedo. Asturias.⁴Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de MFyC. Centro de Salud Pola de Siero-Sariego. Área IV de Asturias. Oviedo,⁵Médico residente de 1^{er} año de MFyC. Centro de Salud Pola de Siero-Sariego. Área IV de Asturias. Oviedo,⁶Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pola de Siero-Sariego. Área IV de Asturias. Oviedo,⁷Médico residente de 1^{er} año de MFyC. Centro de Salud Ventanielles. Área IV de Asturias. Oviedo.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 40 años con obesidad mórbida, fumadora de 15 paquetes-año. No tratamientos crónicos previos. Acude a nuestra consulta de atención primaria por dolor y cianosis en pie derecho de 24 horas de evolución de inicio súbito, asociando cefalea de carácter holocraneal con cifras tensionales elevadas, ante la sospecha de isquemia aguda se deriva de manera urgente para valoración hospitalaria.

Exploración y pruebas complementarias: T^a 37,2 °C. FC 95 lpm. TA 210/120 mmHg. IMC 33,8 kg/m². Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen dificultad para la exploración por su voluminosidad. MMSS: pulsos radiales bilaterales. MID: pulso femoral positivo, poplíteo no palpable, pie pálido, moteado cianótico y marcada cianosis en pulpejo de los dedos. Movilidad y sensibilidad disminuidas con respecto a extremidad contralateral. MII: pulso pedio positivo, pie bien perfundido. Bioquímica: glucosa 400 mg/dL, urea 82 mg/dL, creatinina 1,22 mg/dL, FG 53, ión sodio 138 mmol/dL, ión potasio 4,9 mmol/dL, ión calcio 2,49 mmol/L, creatina cinasa 41 U/L, PCR 1,4. Hemograma: Hb 10,7 g/dL. Hto 35,2%, leucocitos 6.000, neutrófilos 42,8%, linfocitos 29,7%, eosinófilos 16,7%, plaquetas 139.000. ECG: ritmo sinusal. Criterios de HVI. Rx tórax: cardiomegalia. FO: retinopatía hipertensiva grado II.

Juicio clínico: 1. Isquemia aguda irreversible de miembro inferior derecho (MID). 2. Diabetes mellitus tipo 2 no conocida. 3. Hipertensión arterial no conocida con debut de emergencia hipertensiva. 4. Cardiopatía hipertensiva. 5. Insuficiencia renal hipertensiva.

Diagnóstico diferencial: 1. Isquemia aguda irreversible de MID. 2. Trombosis venosa aguda. 3. Crisis hipertensiva.

Comentario final: Es importante abordar aquellos pacientes que acuden esporádicamente a nuestra consulta de atención primaria para valorar posibles factores de riesgo y tratarlos. En este caso, es fundamental la rapidez del diagnóstico predominantemente clínica, pues en nuestro caso la paciente resulta con debut tórpido de daño cardiovascular agudo. Este caso nos muestra la importancia de la prevención tanto en las consultas de atención primaria como en urgencias o atención continuada donde debemos reforzar el control de factores de riesgo en pacientes poco frecuentadores.

Bibliografía

Serrano Hernando FJ, Martín Conejero A. Enfermedad arterial periférica: aspectos fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos. Rev Esp Cardiol. 2007;60:969-82.

Sobrino Martínez J, Doménech Feria-Carot M, Morales Salinas A, Coca Payeras A. Hypertensive crisis: urgency and hypertensive emergency]. Medwave. 2016;16(Suppl4):e6612.