



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

## 415/16 - COMPLICACIONES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL MAL CONTROLADA

S. Zarza Martínez<sup>1</sup>, C. Carrillo Martínez<sup>2</sup>, B. Párraga Vico<sup>3</sup>, S. Álvarez López<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alcázar II. Ciudad Real. <sup>2</sup>Servicio de Enfermería. GAI Alcázar de San Juan. Ciudad Real. <sup>3</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Madridejos. Toledo.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 55 años, fumador de 30 cigarros/día, bebedor ocasional, sin otros antecedentes de interés, consulta por lumbalgia y calambres en miembros inferiores de 4 meses de evolución. Refiere cefalea bifrontal punzante ocasional de la misma evolución. Sin focalidad neurológica. No pérdida ponderal ni de apetito. No fiebre. No refiere otra clínica. Tras tomar constantes (TA 220/125, FC 110 lpm), refiere haber presentado hace unos 4 años cifras de TA altas, por lo que pautaron tratamiento antihipertensivo y que el paciente abandonó por decisión propia. Tras exploración física, se administra captopril 25 mg, tras 30 minutos, persiste TA 210/120, por lo que se administra 25 mg de captopril añadidos. 30 minutos después, persiste TA 220/120, por lo que derivamos a urgencias hospitalarias.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 220/125, FC 110 lpm, T<sup>a</sup> 35,6 °C, SatO2 98%. Auscultación cardíaca: rítmica, sin soplos, refuerzo al final de la sístole. Auscultación pulmonar: MVC sin ruidos añadidos. Abdomen: blando y depresible. No doloroso. No signos de peritonismo. MMII: leves edemas bilaterales. Pulsos pedios palpables y simétricos. Columna lumbar: No apofisalgia. Dolor a la palpación de musculatura lumbar. Lasègue y Bragard bilateral negativos. No pérdida de sensibilidad ni fuerza groseras. Neurovascular distal conservados. ECG: ritmo sinusal a 84 lpm, eje levemente izquierdo. BIRD, HARI. T negativa en V1, V2, V5, V6, I y aVL. P picuda. No otras alteraciones. Radiografía de tórax: ICT normal, elongación aórtica. No otras alteraciones. Radiografía lumbar: signos de artrosis incipiente, disminución de espacios intervertebrales L4-S1. Analítica: hemoglobina 12,4 g/dl, fibrinógeno 612 mg/dl. Creatinina 6,1 mg/dl, urea 157 mg/dl, CPK 272 UI/l, Troponina I hs 72 pg/ml, PCR 1,9. Sedimento urinario: proteínas 150 mg/dl, hematíes 25. Resto sin alteraciones significativas. Ecografía abdominal: riñón derecho de ligero menor tamaño al habitual con mínima hiperecogenicidad cortical. Quiste renal izquierdo de 2 cm en polo superior. Índices doppler dentro del rango de la normalidad. Tras captopril 50 mg v.o. amlodipino 10 mg v.o. furosemida 2 amp iv, nolotil 1 amp iv y 25 mg urapidilo iv, presenta TA mantenida de 160/100 durante 22 horas que se mantiene en observación. Se decide ingreso para estudio donde presenta Miocardiopatía dilatada de probable origen hipertensivo, retinopatía hipertensiva grado III, SAHS grave y enfermedad renal crónica estadio 5 secundaria a nefroangioesclerosis, acudiendo finalmente a consulta de predialisis y realizándose fistula arteriovenosa debido a la necesidad cercana de dializar.

**Juicio clínico:** Crisis hipertensiva, enfermedad renal crónica estadio 5 secundaria a HTA no controlada con retinopatía y cardiopatía asociadas.

**Diagnóstico diferencial:** Hipertensión arterial secundaria a dolor. Fracaso renal agudo prerrenal por baja ingesta.

**Comentario final:** Este caso pone en manifiesto algunas consecuencias de la ausencia de control de cifras tensionales. Cuando se descubre que un paciente es hipertenso, deberíamos hacer despistaje de enfermedades de órgano diana y de otros FRCV, y realizar educación de la salud con ayuda de enfermería, para hacerles entender las consecuencias de no controlar la tensión y la necesidad de tener hábitos de vida saludables para mejorar su salud antes de que haya complicaciones.

## Bibliografía

Suárez Pita D, Vargas Romero JC, Salas Jarque J, et al. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Universitario 12 de octubre, 8<sup>a</sup> ed. Madrid: MSD. 2016.

**Palabras clave:** Hipertensión. Nefropatía. Complicaciones.