Semergen. 2019;45(Espec Congr 17):63

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

469/73 - LA IMPORTANCIA VITAL DE UN CONTROL ÓPTIMO TENSIONAL

A. Beltrán Olozábal[1], I. Etxebarria Fernández[2], K. Lafont JimÉnez[3]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cascajos. Logroño. La Rioja.[2]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Pedro Logroño. La Rioja.[3]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siete Infantes. Logroño. La Rioja.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 58 años, hipertensa en tratamiento con enalapril/hidroclorotiazida 10/25 mg en desayuno y dislipemia en tratamiento con atorvastatina 80 mg en cena, con baja adherencia terapéutica y mal control de base. Acude a punto de Atención Primaria continuada por cefalea, inestabilidad, malestar general, vómitos de 72 horas de evolución, con empeoramiento y afectación del estado general progresivo.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial (TA) 250/120 mmHg, glucemia 225. A la exploración orientada en las tres esferas, obnubilada, somnolienta, bradipsíquica y bradilálica, moviliza las cuatro extremidades. Se deriva a Servicio de Urgencias de Hospital de referencia donde presenta analítica de sangre, electrocardiograma y tomografía computarizada cerebral normales. Angiografía con contraste de los troncos supraaórticos: estenosis focal significativa en arteria basilar. Se administra insulina rápida subcutánea y labetalol 5 bolos de 10 mg más perfusión, alcanzando a las 2 horas normoglucemia y cifras tensionales de 200/95 mmHg. Ingresa a cargo de Neurología realizándose resonancia cerebral que concluye ictus isquémico lacunar subagudo talámico izquierdo. Se inicia doble antiagregación. Ecocardiografía, ecografía-doppler renal y fondo de ojo normales. Al alta tensión arterial controlada, leve disartria y marcha cautelosa, posible autonomía. Actualmente en seguimiento por Neurología, Nefrología y Rehabilitación. Control tensional estrecho por su médico de Atención Primaria.

Juicio clínico: Emergencia hipertensiva. Ictus isquémico lacunar subagudo talámico izquierdo.

Diagnóstico diferencial: Hemorragia cerebral. Encefalopatía hipertensiva.

Comentario final: La HTA provoca cambios patológicos en las paredes de arterias y arteriolas, pudiendo originar un ictus isquémico o una hemorragia intracerebral. El control de TA con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, diuréticos, betabloqueantes y antagonistas de los canales de calcio reducen su incidencia. La emergencia hipertensiva se define como TA superior a 180/120 mmHg con daño de órganos diana y potencial riesgo vital. La encefalopatía hipertensiva es un diagnóstico de exclusión. En el ictus isquémico es imprescindible no realizar cambios bruscos de TA porque aumentaría la hipoperfusión. Manejar TA superior a 220/120 mmHg, con labetalol o uradipilo, para reducir 10-15% la TA en 24 horas y tratar glucemias mayores de 155 mg/dl, porque la hiperglucemia favorece el edema vasogénico cerebral.

Bibliografía

Price RS, Kasner SE. Hypertension and hypertensive encephalopathy. Handb Clin Neurol. 2014;119:161-7.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.