



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2982 - Hipertensión arterial enmascarada en una mujer joven

M.A. Albarracín Castillo^a, C. Manzanares Arnáiz^b, G. Suárez Pérez^c, V. Martínez Gil^d, J. Juan Armas^e, E. Rueda Alonso^f, M.C. Martínez Pérez^g, P. Rodríguez Díaz^h, C. Montaña Guerraⁱ e I. Gutiérrez Villa^j

^aMédico de Familia. Gerencia de Atención Primaria. Cantabria. ^bMédico de Familia. SUAP Santoña. Cantabria. ^cMédico de Familia. SUAP Cotoñino II. Cantabria. ^dMédico de Familia. Consejería de Sanidad. Cantabria. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Camargo. Cantabria. ^fMédico de Familia. Centro de Salud Dobra. Cantabria. ^gMédico de Familia. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria. ^hEnfermera. Hospital Sierrallana. Cantabria. ⁱTécnico de Imagen Diagnóstico. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. ^jEnfermera. Centro de Salud Cudeyo. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 42 años remitida desde urgencias de atención primaria por sospecha de hipertensión. Nueva en el cupo, refiere cifras elevadas de tensión arterial durante la jornada laboral con cefalea occipital ocasional, muy angustiada y cansada debido a que trabaja a turnos durante 7 noches seguidas como auxiliar de enfermería en residencia geriátrica. Antecedentes personales: fumadora de 1 paquete día. Hipercolesterolemia. Tras realizar MAPA con cifras de tensión arterial en límite (135/86 diurna, 121/78 nocturna), EKG normal y sin focalidad neurológica se inicia tratamiento ansiolítico. Damos registro para realizar AMPA y control en 3 días para inicio de tratamiento tras confirmar HTA. En este tiempo la paciente despierta de madrugada con cefalea y disminución de agudeza visual en ojo izquierdo, derivada a hospital donde permaneció estable y asintomática, salvo persistencia de cefalea leve sin focalidad. Se inició tratamiento con estatina, antiagregante y antihipertensivo. Pendiente de completar estudio y seguimiento en consultas de neurología.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 140/90, FC: 95 lpm. La exploración física general y neurológica es normal. Hemograma, estudio de hipercoagulabilidad e inmunología normal. Bioquímica: colesterol: 248, LDL: 168, HDL: 55, triglicéridos: 126. Orina normal. MAPA cifras en límite. Rx tórax, EKG, ecocardiograma: normal. TAC craneal: lesión subcortical parietooccipital de 2 cm. Áreas hipodensas de pequeño tamaño en sustancia blanca de los centros semiovales y región periventricular posterior. Potenciales evocados normales. Doppler carotídeo: no ateromatosis ni estenosis. Angioresonancia cerebral: leucopatía subcortical parietal bilateral.

Juicio clínico: Hipertensión esencial, síndrome ansioso, cefalea tensional, dislipemia.

Diagnóstico diferencial: Ictus, esclerosis múltiple, neoplasias, vasculitis.

Comentario final: La aplicabilidad de este caso en atención primaria, radica en realizar un enfoque adecuado ayudados por instrumentos que tenemos a nuestra disposición como el MAPA, con los que conseguiremos una aproximación diagnóstica rápida y sencilla para instaurar tratamiento precoz. No olvidaremos explorar la esfera biopsicosocial y las alteraciones influenciadas por el estrés laboral y que vemos sobre todo en los pacientes jóvenes.

Bibliografía

1. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, et al. 2013 ESH/ESC Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. *Blood Press.* 2014;23:3-16.

Palabras clave: Hipertensión arterial. Cefalea.