



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2637 - La importancia del control de los factores de riesgo cardiovasculares

C.G. Zambrano Clavier y C. Celada Roldán

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena.

Resumen

Descripción del caso: Varón 64 años. No HTA conocida (aunque refiere que hace unos años tuvo una crisis hipertensiva pero posteriormente no se trató ni consultó por ello). No diabetes ni dislipemias conocidas. Obesidad. Sedentarismo. No hábitos tóxicos. Paciente refiere sensación de hormigueo en la zona perioral derecha, que posteriormente se presentó también en mano derecha al acostarse. Esta mañana, al despertar continua notando las parestesias, por lo que acude a consulta donde han objetivado una tensión de 230/120 mmHg, por lo que se etiqueta de emergencia hipertensiva. Se deriva a urgencia tratado con urapidilo, furosemda, labetalol y finalmente perfusión de solinitrina para conseguir controlar las cifras tensionales sin embargo, las parestesias persisten, por lo que se consulta con Neurología.

Exploración y pruebas complementarias: TA 188/96 mmHg, FC 78 lpm, Tª 36,4 °C. AC: rítmico sin soplos, AP: MVC NRL: pupilas ICNR, MOEs sin restricciones, campimetría por confrontación normal, PPCC centrados y simétricos, fuerza conservada, refiere leve hipoestesia perioral derecha y en los primeros dedos de la mano derecha, que no se objetivan a la exploración toque-pinchazo, RCP flexor bilateral, no disartria ni elementos afásicos, no dismetría. NIHSS 0. Analítica: glucemia 164 mg/dl, hemograma y coagulación normales. Troponina T 27 ng/ml en primera determinación, 24 en segunda. Planta: PCR 3,3 mg/dl, 143.000 plaquetas/?, H. tiroideas normales. Rx tórax: sin imágenes de condensaciones ni masas. ECG: RS a 80 lpm sin alteraciones del segmento ST criterios de hipertrofia ventrículo izquierdo. TAC: pequeño foco hipodenso en sustancia blanca subcortical parietal posterior izquierda inespecífico, que en el contexto clínico del paciente podría corresponder con pequeña lesión isquémica de evolución subaguda. Resto normal. RMN: pequeña lesión isquémica de evolución aguda talámica izquierda. Lesiones de sustancia blanca con patrón vascular, atribuibles dado factores de riesgo cardiovascular a microangiopatía hipóxico-isquémica (grado 2 de Fazekas). Eco-Doppler troncos supraaórticos marcada tortuosidad carotídea, hallazgo inespecífico pero característico de los pacientes con HTA crónica.

Juicio clínico: Ictus isquémico de perfil lacunar.

Diagnóstico diferencial: HTA.

Comentario final: Paciente con factores de riesgo cardiovascular no controlados que debuta como un hemisíndrome sensitivo derecho en contexto de emergencia hipertensiva. Tras control de tensión arterial y persistencia de sintomatología neurológica se decide realizar TAC cerebral con los hallazgos descritos.

Bibliografía

1. Medrano MJ, Cerrato E, Boix R, Delgado-Rodríguez M. Factores de riesgo cardiovascular en la población española: metaanálisis de estudios transversales. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:606-12.

Palabras clave: Ictus. HTA. Hemisíndrome sensitivo. Parestesias.