



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

242/2569 - REFLEJO DE CUSHING

T. Tigera Calderón^a, R. Taipe Sánchez^b, N. Fontanillas Garmilla^c, M. Gómez García^d, I. Noguerol Oliván^e y C. Domínguez^f

^aMédico de Medicina Interna. Santander. Cantabria. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Bezana. Santander. Cantabria. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Sardinero. Santander. Cantabria. ^eMédico de Familia. Centro de Salud de Laredo. Cantabria. ^fMédico de Familia. Centro de Salud Selaya. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 70 años con antecedentes personales: no FRCV. Exfumador. Gonartrosis derecha pendiente de intervención quirúrgica. Tratamiento habitual: Condronulf y omeprazol 20 mg intermitente. Asintomático hasta hace quince días que comienza a detectarse en la consulta de AP cifras de TAS de 170 y TAD: 95 con FC de 52 l/min. Se le cita en dos ocasiones más con el fin de filiar bien el diagnóstico de HTA cuando en la última visita refiere paresia de la ESI y movimientos anormales a nivel de dicha extremidad. Con dichos datos se deriva de forma urgente al hospital para la realización de prueba de imagen.

Exploración y pruebas complementarias: Hemograma, coagulación y bioquímica: Normal. ECG: RS a 50 min. Sin alteraciones de la repolarización. Rx de tórax: Sin hallazgos patológicos. TAC craneal: LOE parietal derecha compatible con gliobastoma multiforme grado IV. En las siguientes 48 horas se intervino dicha LOE produciéndose el fallecimiento por complicación postIQ.

Juicio clínico: Hipertensión arterial secundaria a HIC por LOE parietal derecha.

Diagnóstico diferencial: Hipertensión arterial esencial. Otras causas de hipertensión arterial secundaria: Vasculorrenal, farmacológica, origen endocrinológico, HIC idiopática.

Comentario final: El reflejo de Cushing fue descrito en 1901 como respuesta a una agresión directa sobre el tronco encefálico, generalmente de origen isquémico. El síndrome completo se compone de HTA, bradicardia y alteraciones respiratorias (33% de los casos). La hipertensión con TAS > 160 aparece en 1/5 de los casos y la bradicardia 60 l/min en 2/3 de los episodios como ocurrió en nuestro caso. El tratamiento de la HIC consiste en medidas generales y tratamiento específico según etiología.

Bibliografía

1. Rodríguez-Boto et al. Med Clin. 2012;139:268-72.
2. Rangel Castillo et al. Crit Care Clin. 2006;713-32.

Palabras clave: Hipertensión arterial. Reflejo Cushing.