

347/1993 - MÁS ALLÁ DE LA HIPERTENSIÓN

N. Turea^a, M. Mateo Díaz^b, P. Suñer Díaz^c y V. Ojeda López^d

^aMédico de Familia. Centro de Salud de Cervantes. Guadalajara. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Balconcillo. Guadalajara. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Alamín. Guadalajara. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Berja. Guadalajara.

Resumen

Descripción del caso: Antecedentes personales: no RAMC; no FRCV conocidos. No hábitos tóxicos. Sordomuda. IQ: cesárea (probable eclampsia). Tratamiento: no. Motivo de consulta: mujer de 37 años, que acude a urgencias por disnea de inicio súbito mientras dormía de 4 horas de evolución. No refiere tos, ni expectoración, no dolor torácico, no fiebre, no dolor en MMII, ni diarrea. No cirugías recientes, no inmovilismo, no viajes en avión. Tras exploración presenta TA 216/147 mmHg, se administra captoril 25 mg vía oral y se deriva a urgencias hospitalarias. Tras estudio ingresa en nefrología en contexto de emergencia hipertensiva.

Exploración y pruebas complementarias: TA 216/147 mmHg, FC 120 lpm, SatO2 basal 96%, T^a 36,1 °C. CyOx3, eupneica, BEG. IY +, carótidas sin soplos. AC y AP: normal. Abdomen: no soplos. MMII: no edemas. Hommans negativo. Rx tórax normal. ECG: taquicardia sinusal. EN: no focalidad. Hemograma: anemia hemolítica, trombopenia. Coagulación: D-dímero 5,4. Bioquímica: BNP 3.643, creatinina: 7,3 mg/dL, FG 6 mL/min; troponina I 469, LDH 1.167 U/L, bilirrubina total: 1,9 mg/dL, bilirrubina indirecta 0,6 mg/dL. Serologías: PCR CMV: negativo. Influenza A y B negativo. Anti Hbc, Anti VHC, VIH 1+2: negativo. Estudio autoinmunidad: negativo. TSH normal. Ecocardio: cardiopatía hipertensiva leve-moderada. Eco Doppler venoso: no TVP. Eco Doppler renal: signos de nefropatía cortical. FO: retinopatía hipertensiva. Edema papilar bilateral.

Orientación diagnóstica: Principal: emergencia hipertensiva. HTA maligna. Otros: microangiopatía trombótica secundaria. FRA oligúrico.

Diagnóstico diferencial: ERC agudizada; FRA prerenal, FRA obstructivo; FRA parenquimatoso, FRA vascular. Púrpura trombótica trombocitopénica; glomerulopatía asociada al VIH, VHB y VHC, amiloidosis, nefropatía lupus-like.

Comentario final: Tratamiento: hemodiálisis, hemotransfusiones, Antihipertensivos. Ingresa con emergencia HTA, en hipertensa desconocida, con HTA maligna (FO) y microangiopatía trombótica secundaria, repercusión renal con FRA oligúrico que precisó de inicio de hemodiálisis urgente, sin recuperación de la función renal. Al alta se mantiene hemodiálisis periódica durante 3 meses 3 sesiones/semanales, con control adecuado de TA con el tratamiento mantenido. Actualmente mantiene 2 sesiones semanales, con ERC estadio 5D.

Bibliografía

1. Alley WD, Schick MA. Hypertensive Emergency. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2018.

Palabras clave: Hipertensión. Emergencia. Fracaso renal.