Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):3136

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/550 - HIPERTENSIÓN ENGAÑOSA

A. Cereijo Pardiñas, N. García Espinosa, M. Contreras Carrasco y M. Torres Ortega

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras Norte. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Varón 70 años, sin alergias, traído al centro de salud por cefalea, sensación de mareo y náuseas, sin otra clínica. ECG: fibrilación auricular de data indeterminada y TA 180/100 mmHg que no responde a medicación oral, derivado a urgencias, donde controlan FC y TA, analítica sin hallazgos, alta con bisoprolol 2,5 mg, clexane 80 mg, omeprazol 20 mg. El paciente acude al centro de salud en varias ocasiones por clínica similar con cifras de TA elevadas y cefalea. Tras persistencia de clínica después de 10 días, derivamos a urgencias, por empeoramiento notorio del estado general, con hipertensión mal controlada, hiperglucemias, mareos sin giro de objetos, cefalea, marcha inestable con aumento de la base de sustentación, leve disartria y cervicalgia.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, Glasgow 15/15. Auscultación: arrítmico, taquicárdico, murmullo vesicular conservado. Cifras de TA elevadas 190/110 mmHg. ECG: fibrilación auricular a 120 lpm. Analítica: hiperglucemia 242 mg/dl, glucosuria 500 mg/dl, creatinina 1,74 mg/dL. Exploración neurológica anodina salvo, ataxia en la marcha. Rx tórax y abdomen: sin hallazgos. TAC craneal: en periferia de región temporal derecha sutil hiperdensidad lineal, "signo de la cuerda densa", descartar posible trombosis venosa cerebral.

Orientación diagnóstica: Trombosis venosa cerebral

Diagnóstico diferencial: Hipertensión, ictus, síndrome cerebeloso.

Comentario final: Ante el empeoramiento del estado general y la aparición de ataxia se cursa el ingreso en neurología, con una evolución tórpida con resultado letal. En nuevo TAC Craneal: En periferia de región temporal derecha, dudoso “signo de la cuerda densa”, valorar trombosis venosa cerebral. Exploración neurológica: leve disartria, sin alteración del lenguaje. Exoftalmos con amaurosis izquierda. Pupila derecha de tamaño normal, reactiva, paresia facial derecha supranuclear, motilidad velopalatina normal. Dismetría talón rodilla bilateral, no en índice-nariz. Leve disdiadocinesia bilateral. Bipedestación: marcha atáxica, precisando ampliar la base. A los dos días, fiebre, desconexión, Glasgow 5/15 responde a flumacenilo y anexate. Las siguientes 48 horas, tetraparesia flácida e ingreso en UCI. Punción lumbar: líquido amarillento turbio con presión > 16. Fallecimiento sin resultados, sospechando meningoencefalitis tuberculosa. Este caso nos hace pensar que se pueden en ocasiones menospreciar síntomas al solo tomar como referencia un síntoma guía, en este caso la hipertensión, que asociaba una cefalea que remitía parcialmente con el control de la TA. Por este motivo reevaluar concienzudamente a un paciente que acude en repetidas ocasiones con un mismo síntoma es fundamental.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FL. Medicina de urgencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación, 5ª ed. Barcelona; Elsevier, 2015.
2. Julián Jiménez A. Manual de protocolos y actuación en urgencias, 4ª ed, 2016.

Palabras clave: Hipertensión arterial. Cefalea. Fibrilación auricular.

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