

424/1873 - CEFALEA MÁS HIPERTENSIÓN, A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Escalona Canal¹, D. Santana Castillo², A. Mateo Acuña² y E. Quiroz Flores³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Laredo. Cantabria. ²Médico de Familia. Hospital Comarcal de Laredo. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud CotoLino. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 59 años acude a la consulta por cuadro de cefalea de 72 horas de evolución que no cede a la analgesia habitual. PA 200/100 mmHg en el domicilio y hace una hora alteración de la visión bilateral, tras estos hallazgos se deriva al servicio de Urgencia. Antecedentes personales: vida sedentaria, obesidad mórbida, HTA, DM tipo 2, fumadora (aprox. 28 paquetes/año), dislipemia, SAHS leve, hipotiroidismo, alergia a penicilinas. IQ: apendicectomía, colecistectomía, tiroidectomía. Tratamiento: enalapril 10 mg, levotiroxina 200 ?g, omeprazol 20 mg, formeterol/becлометазона 200/6 ?g IHN, metformina/empagliflozina 1.000/5 mg, insulina glargina, liraglutida 6 mg/ml.

Exploración y pruebas complementarias: Temp 36,8 °C; PAS 195 mmHg, PAD 68 mmHg; SAT 96%. ACP: rítmica, no soplos, MVC ABD: depresible, no defensa, ruidos auditivos. MI: pulsos presentes, no signos de TVP. Neurológico: parcialmente desorientada en tiempo, consciente y alerta, Lenguaje y habla sin alteración, maniobras de indicación sin alteración, reflejo corneal positivo, refiere ver siluetas aunque la paciente sigue y cuenta los dedos, no claudica en barre ni Mingazzini, no otra alteración. Hemograma, coagulación y bioquímica sin alteración (salvo glucemia 293 mg/dl, HbA1c 10,6%, TSH 6,22 mU/L, TG 305 mg/dL, colesterol 241 mg/dL). ECG: RS a 75 lpm. TC craneal: lesión hipodensa amplia a nivel de occipitomedial izquierda con discreta expansividad asociada en probable relación con infarto isquémico subagudo. Doppler tronco supraaórtico: ateromatosis carotidea difusa, sin estenosis.

Orientación diagnóstica: Ictus isquémico cerebral posterior izquierdo.

Diagnóstico diferencial: Hemorragia subarcnoidea. Urgencia hipertensiva.

Comentario final: La enfermedad cerebrovascular es uno de los motivos más frecuentes de asistencia neurológica urgente, con la creación de las unidades de ictus a mejorado de manera significativa el pronóstico y el tratamiento de los pacientes. En urgencias debemos hacer énfasis en una correcta exploración física, historia clínica personal y familiar y apoyarnos en las pruebas complementarias que contamos. Desde primaria la estrategia debe basarse en control de los factores de riesgo, modificación de los hábitos. La unidad de ictus tras valorar el caso, no considera subsidiaria de traslado a dicha unidad, aconsejando manejo y estudio en nuestro hospital.

Bibliografía

1. Castellanos-Pinedo F, Cid-Gala M, Duque P, Ramírez-Moreno J, Zurdo-Hernández J. Daño cerebral sobrevenido: propuesta de definición, criterios diagnósticos y clasificación. Rev Neurol. 2012;54:357-

Palabras clave: Ictus. Isquemia. Hipertensión.