

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

## 424/2388 - EMERGENCIA HIPERTENSIVA

M. Pérez Alonso-Castrillo, V. Noriega Martínez, J. de Pax Sánchez e I. Sáenz Cardenal

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 32 años sin antecedentes personales relevantes que acudió a urgencias por equimosis en muslo derecho. Negaba antecedente traumático previo u otra sintomatología acompañante salvo cefalea occipital ocasional.

**Exploración y pruebas complementarias:** Presión arterial (PA): 260/150 mmHg en ambos brazos, 270/165 mmHg en ambas piernas. FC: 75 lpm, SatO<sub>2</sub>: 94% basal. BEG, consciente, alerta, eupneico. Auscultación cardiaca y pulmonar normal, abdomen normal, sin soplos ni asimetría de pulsos. Exploración neurológica normal. Equimosis circular en cara anterior del muslo derecho de 5 cm de diámetro. ECG: ritmo sinusal a 90 lpm, QRS estrecho, infradesnivel de ST en II, III y AVF, inversión de onda T en V5 y V6, con signos de hipertrofia ventricular izquierda. Analítica: urea 88,0 mg/dL, creatinina 3,66 mg/dL, CK total 273,0 U/L, troponina I 0,24 ?g/L. Hemograma y coagulación normales. Rx tórax normal. Orina: hematíes 15-20/campo. Proteínas 1.682 g/L. Cociente proteínas/creatinina 2.434,9 mg/g. Ecografía renal: riñones y vía urinaria normal. Vasos renales permeables. Ecocardiograma: Hipertrofia concéntrica grave VI. Miocardio hiperrefringente. Disfunción diastólica grado I. Aorta normal. Fondo de ojo: exudados y hemorragias múltiples, sin papiledema.

**Orientación diagnóstica:** Emergencia hipertensiva.

**Diagnóstico diferencial:** Tóxicos, fármacos, síndrome coronario agudo, ictus, hemorragias intracraneales, disección aórtica, fracaso renal agudo, preeclampsia, estenosis arteria renal, feocromocitoma.

**Comentario final:** La emergencia hipertensiva se define como la elevación aguda de la PA que, a diferencia de la urgencia hipertensiva, produce lesiones en órganos diana con compromiso vital del paciente, y que requiere tratamiento por vía intravenosa con fármacos de acción rápida y bajo monitorización continua de constantes vitales. El fármaco de elección dependerá del tipo de emergencia hipertensiva, siendo los más habituales labetalol, nitropusiató y nitroglicerina. El descenso de la PA debe ser gradual, evitando descensos bruscos que puedan tener una repercusión isquémica grave a nivel cerebral, cardiaco o renal. El objetivo inicial de reducción es del 20-25% del valor inicial. Solo en los casos de edema agudo de pulmón y disección aórtica, se recomienda un descenso brusco 120 mmHg en menos de 5-10 minutos. En el presente caso clínico, tras monitorizar al paciente en el nivel I de urgencias, se administró bomba de nitroglicerina a 30 ml/h, manteniendo el flujo hasta conseguir una PA 160/100 mmHg. El paciente ingresó en Nefrología para biopsia renal y estudio inmunológico en busca de hipertensión secundaria.

### Bibliografía

1. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti E, Azizi M, Burnier M, et al. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol. 2019;72(2):160.
2. Albaladejo Blanco C, Sobrino Martínez J, Vázquez González S. Crisis hipertensivas: seudocrisis, urgencias y emergencias. Hipertens Riesgo Vasc. 2014;31:132-42.

**Palabras clave:** Emergencia hipertensiva. Hipertensión. Urgencia.