



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

204/108 - ¿Lesión reversible de órgano o crisis migrañosas?

M.M. San Emeterio Barragán^a, C.A. Reyes Mateo^b, M. Seco Calderón^c, A.M. González Pedraja^d, A.M. García Ochoa del Olmo^e, A. Ruiz Rodríguez^f, M. Rubio Revuelta^g, C. Astruga Tejerina^h, A. Vázquez Sánchezⁱ y C. Bonnardeaux Chadburn^j

^aMédico de Familia. SUAP Agüera. Castro Urdiales. ^bMédico de Familia. CS Astillero. Cantabria. ^cMédico de Familia. CS Dávila. Cantabria. ^dFEA Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ^eMédico de Familia 061. Cantabria. ^fMédico de Familia. SUAP Meruelo. Cantabria. ^gMédico de Familia. CS Cazoña. Cantabria. ^hMédico de Familia. CS Los Castros. Santander. ⁱMédico de Familia. Urgencias Hospitalarias. Hospital Sierrallana. Torrelavega. ^jMédico de Familia. SUAP Los Valles. Mataporquera.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 53 años con antecedentes de HTA, dislipemia, fumadora de 5 cigarrillos al día, en tratamiento con atenolol 50 mg/24h, migraña con aura que se presenta cada 4- 5 meses de varios años de evolución, siguiendo varios tratamientos antimigrañosos. Consulta por cefalea e inestabilidad asociada a diplopía, acorchamiento de hemicara izquierda y disartria, refiere incontinencia urinaria ocasional y sensación de manos adormecidas sin pérdida de fuerza. Se activa código ictus.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 160/110. Hemograma, bioquímica y coagulación sin hallazgos de interés. Fondo de ojo: leve disminución del calibre las arterias retinianas. Electroneurografía: normal. TAC con y sin contraste: normal. AngioTAC: normal. RNM craneal: pequeños focos aislados compatibles con lesiones de isquemia crónica de pequeño vaso en corona radiada y sustancia blanca subcortical en región temporo-insular. Ecocardiograma: normal.

Juicio clínico: Encefalopatía hipertensiva.

Diagnóstico diferencial: Ictus. Hemorragia subaracnoidea. Trombosis venosa. Migraña complicada. Encefalitis. Vasculitis. Encefalopatía metabólica. Encefalopatía tóxica. Porfiria. Lesiones expansivas que provoquen aumento de la presión intracraneal.

Comentario final: Es habitual que otros eventos cerebrovasculares se acompañen de hipertensión. El diagnóstico de encefalopatía hipertensiva es apoyado por un TAC sin hallazgos de infarto o hemorragia, y la resolución de cuadro neurológico con la disminución de la presión arterial. Se produce en pacientes hipertensos crónicos que desarrollan hipertensión arterial maligna o en aquellos que siendo previamente normotensos desarrollan por otra patología desencadenante, elevaciones agudas y sostenidas de la misma. Entre dichas causas se encuentran: glomerulonefritis aguda, preeclampsia, feocromocitoma, trombosis arteria renal, vasculitis sistémicas, síndrome de Cushing, nefropatías crónicas, coartación de aorta, fármacos IMAOs, eritropoyetina, corticoides, tóxicos (cocaína, anfetaminas).

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramadan NM, Olesen J. Classification of headache disorders. Semin Neurol. 2006;26:157-62.

2. Vaughan CJ, Delante N. Hypertensive emergencies. *Lancet*. 2000;356:411.