



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

204/114 - CRISIS HIPERTENSIVA

B. Sainz Santos^a, C. Fernández Pereda^b, Z. Soneira Rodríguez^c, J. Villar Ramos^d, J.L. Cepeda Blanco^e, D. Fernández Torre^e, D. López Fernández^e, A. Robles Amieva^f, M. Santos Gravalosa^b y A. Aldama Martín^g

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^bMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dávila. Santander. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^eMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^fMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo Costa. Maliaño. ^gFEA Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 79 años con antecedentes personales de HBP e HTA en tratamiento con enalapril 10 mg, con mal control en los últimos meses en relación con transgresiones dietéticas y vida sedentaria. Acude a la consulta de AP para revisión periódica y, encontrándose previamente bien, comienza a referir sensación brusca de mareo e inestabilidad sin giro de objetos inicialmente, que se acompaña de sensación nauseosa y dos episodios de vómitos alimenticios. Presenta empeoramiento rápido progresivo refiriendo giro de objetos, opresión centrotorácica, debilidad generalizada con pérdida de tono postural, sin pérdida de conciencia y aparición de nistagmo horizontal izquierdo.

Exploración y pruebas complementarias: Palidez cutánea, sudoroso. TA 230/124. FC 120 lpm. T^a 36,5 °C. SatO₂: 97%. AP: subcrepitantes bibasales. AC: rítmica, soplo sistólico en foco mitral. Exploración neurológica: consciente y orientado en las tres esferas. Lenguaje normal. PICNR. Nistagmo espontáneo horizontal izquierdo con ligero componente rotatorio a la infraversión. Diplopía en visión horizontal lejana. Campimetría por confrontación normal. Resto de pares craneales normales. Dismetría en prueba d-n y talón-rodilla. BM 5/5. Marcha y Romberg no valorables por inestabilidad importante. Analítica: bioquímica (glucosa 135; TAG 155; colesterol 203; resto normal). Hemograma (7.300 leucocitos; Hb 15,3; plaquetas 235.000). TP 100%. Troponinas 0,00. ECG: ritmo sinusal a 95 lpm sin alteraciones en la repolarización. TC craneal: colección hemorrágica intraparenquimatosa en hemisferio cerebeloso izquierdo adyacente al margen lateral izquierdo de IV ventrículo, sin apertura hacia el sistema ventricular, de unos 17 mm de diámetro, mínimo componente de edema vasogénico adyacente, condicionando discreto efecto expansivo local. No captaciones aparentes ni vasos malformativos correlacionables con el hematoma.

Juicio clínico: Hemorragia intraparenquimatosa cerebelosa izquierda secundaria a crisis HTA.

Diagnóstico diferencial: ACVA de perfil isquémico. LOE cerebral. Vértigo periférico.

Comentario final: Se ingresa al paciente en el Servicio de Neurología, presentando buena evolución clínica tras el ajuste del tratamiento antihipertensivo y el inicio de la terapia rehabilitadora, siendo dado de alta con ligera inestabilidad de la marcha a la izquierda y nistagmo horizontal en la mirada horizontal izquierda. Aunque la hemorragia intraparenquimatosa representa sólo el 15% de los ACVAs, presenta un mayor efecto devastador, presentando una mortalidad, en las primeras 48h, de hasta el 51%, además de estar considerada

como una de las principales causas de discapacidad grave (sólo el 10% de los pacientes son independientes al mes del episodio). La etiología predominante es la hipertensión arterial, estando presente en el 91% de los pacientes en el momento de la hemorragia. Otros factores de riesgo mayor son el sexo, la edad y el alcohol, siendo más frecuente en varones mayores de 55 años. La clara implicación de la HTA en este cuadro, y las nefastas consecuencias que presenta, hacen imprescindible un adecuado control de TA en la población.

BIBLIOGRAFÍA

1. Qureshi A, Tuhrim S, Broderick J, Batjer HH, Hondo H, Hanley DF. Spontaneous intracerebral hemorrhage. *N Engl J Med.* 2001;344:1450-60.
2. Escudero Augusto D, Marqués Álvarez L, Taboada Costa F. Actualización en hemorragia cerebral espontánea. *Med Intensiva.* 2008;32(6).