



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 204/189 - Doctor, no siento las piernas

A. García-Lago Sierra<sup>a</sup>, P. Fombellida Gutiérrez<sup>b</sup>, I. Galán López<sup>c</sup>, L.P. Salag Rubio<sup>d</sup>, M. Anta Fernández<sup>e</sup>, J.M. Bravo González<sup>f</sup>, N. Guelai<sup>a</sup>, B. Martínez Sanz<sup>g</sup>, D.M. Robaina Cabrera<sup>h</sup> y C. Fernández Galache<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Corrales. Los Corrales de Buelna. <sup>b</sup>Médico de Familia. Urgencias; <sup>c</sup>Médico Adjunto de Medicina Interna. Hospital Sierrallana. Torrelavega. <sup>c</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Salud Saja. Cabezón de la Sal. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zapatón. Torrelavega. <sup>f</sup>Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>g</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>h</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dobra. Torrelavega. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 82 años con antecedentes personales de hipertensión, dislipemia, diabetes tipo II, fibrilación auricular paroxística e hiperuricemia. Tratamiento habitual: Sintrom, Ixia plus 20/12,5 mg, Lovibon 5 mg, Jentadueto 2,5/850 mg, allopurinol 100 mg, pravastatina 20 mg, omeprazol 20 mg. Consulta por dolor a nivel dorsal intercescapular intenso de comienzo brusco, estando en reposo, que se irradia a región cervical. Se acompaña de molestia centrotorácica y sensación nauseosa.

**Exploración y pruebas complementarias:** A su llegada tensión arterial 250/80, frecuencia cardiaca de 70 lpm. Auscultación cardiaca arrítmica, soplo sistólico leve, con segundo ruido conservado. Abdomen: dolor a la palpación profunda de epigastro. Dolor a la palpación apófisis espinosas dorsales. Extremidades inferiores: pulsos presentes, leve parestesia derecha y reflejo cutáneo plantar bilateral flexor. ECG: normal. Analítica: INR 2,95. Troponina I US 6,9. Tras reducción de las cifras de tensión presenta leve mejoría del dolor torácico. Ante la sospecha de aneurisma de aorta se realiza TAC toraco-abdominal que es normal. A los 20 minutos comienza con pérdida de fuerza 4/5 en extremidad inferior derecha, parestesias y reflejo plantar indiferente. Unos 15 minutos después comienza con la misma sintomatología en extremidad izquierda. Se realiza TAC craneal: normal. Resonancia de columna: a nivel de T3, estructura nodular extraaxial de 1,2 × 1,3 cm, hiperintensa en T2 con efecto comprensivo local sobre médula espinal.

**Juicio clínico:** Emergencia hipertensiva. Hematoma epidural anterior a nivel de T3. Tratamiento conservador con corticoides. Resolución espontánea. Evolución favorable sin secuelas.

**Diagnóstico diferencial:** Las emergencias hipertensivas son situaciones en las que cifras elevadas de presión arterial producen síntomas graves o repercusión orgánica aguda y que entrañan un compromiso vital inmediato. El objetivo ha de ser identificar las supuestas causas: hemorragia cerebral, ACVA, encefalopatía hipertensiva, IAM, angina inestable, edema agudo de pulmón, disección aortica, insuficiencia renal aguda o consumo de tóxicos.

**Comentario final:** Las emergencias hipertensivas son situaciones de difícil solución en Atención Primaria por lo que sólo se debe de valorar el cuadro clínico, y una vez determinada la sospecha o comprobada la afectación de órganos diana remitir al paciente al hospital. La repercusión visceral que aparece en las crisis hipertensivas va a depender de las cifras absolutas de PA, de la autorregulación del flujo sanguíneo en los

órganos diana y de la velocidad de instauración con la que se produce esa elevación tensional. Los hematomas espinales son una enfermedad neurológica muy rara y potencialmente grave. Con una relación hombre: mujer de 1,5:1. Habitualmente entre la sexta y la séptima década de la vida, atribuido a un mayor uso de anticoagulantes en este grupo de edad. Clínicamente se manifiesta a través de un shock espinal asociado a dolor súbito y severo en el raquis, que a menudo es de tipo radicular. Puede desarrollarse por debajo del nivel de la lesión espasticidad, fasciculaciones, atrofia y arreflexia en los miotomas correspondientes. Especialmente evoluciona con rapidez, lo que resalta la importancia de un oportuno diagnóstico y tratamiento.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hernández Vicente J. Hematomas epidurales espinales. Neurocirugía. 1998;9:129-34.
2. Grupo de Hipertensión Arterial de la Asociación Galega de Medicina Familiar y Comunitaria (AGAMFEC). Urgencias y emergencias hipertensivas. Fisterra. Elsevier, 2015.
3. Delgado Martín AE, Sánchez López J, Muñoz Beltrán HJ. Manejo de las crisis hipertensivas. Med Integral. 2003;41:61-9 .