



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/212 - EMERGENCIA HIPERTENSIVA CON AFECTACIÓN CARDIACA

N. Arroyo Pardo^a, Á.M. López Llerena^b, E. Gómez Gómez-Mascaraque^c, M.E. Rosa González^d, A.J. Domínguez Teba^e y G.M. Molina Barriga^a

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Galapagar. Madrid. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Hoyo de Manzanares. Madrid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Justicia. Madrid. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villanueva de La Cañada. Madrid. ^eMédico de Familia. Urgencias. Hospital El Escorial. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 50 años, obeso y fumador, sin otros antecedentes. Acude por disnea de dos meses de evolución, con empeoramiento progresivo hasta hacerse de reposo desde hace 2 semanas. No síntomas catarrales, fiebre ni cefalea. Niega inmovilización prolongada o intervenciones quirúrgicas recientes. No edemas, oliguria, DPN u ortopnea.

Exploración y pruebas complementarias: Destaca: TA: 175/130 mmHg. FR: 30 rpm. IVY. Tonos cardiacos rítmicos a 120 lpm, con ritmo galope y tercer ruido, sin soplos. Elevación de troponina, D-dímero y BNP analítico, cardiomegalia radiológica y electrocardiograma con ritmo sinusal, onda P picuda con aumento de componente derecho en V1. Bajos voltajes en derivaciones de los miembros con ondas T aplanadas y criterios de hipertrofia de ventrículo izquierdo en precordiales. Descenso de ST 1 mm y ondas T invertidas asimétricas en V5-V6.

Juicio clínico: Emergencia hipertensiva con afectación cardiaca. Miocardiopatía dilatada hipertensiva. HTA.

Diagnóstico diferencial: Arbitrariamente se han establecido para definir emergencia hipertensiva cifras de PAS \geq 180-210 mmHg y PAD \geq 110-120 mmHg. Se deben descartar emergencias vasculares y neurológicas, nefroesclerosis hipertensiva o síndromes de hiperreactividad simpática. En nuestro paciente, se confirma la presencia de una emergencia cardíaca. Dentro de este grupo, habría que considerar que aunque inicialmente, la clínica del paciente subaguda con ausencia de dolor torácico, la presencia de IVY, el tercer ruido auscultatorio y el aumento del BNP apoyaban la probabilidad de insuficiencia cardíaca, sin embargo, la elevación de troponina y las alteraciones electrocardiográficas orientaban hacia el SCA, precisándose la confirmación diagnóstica mediante una coronariografía (normal) y un ecocardiograma, que puso de manifiesto el desgaste de la función sistólica.

Comentario final: La HTA constituye uno de los FRCV más importantes. Es una enfermedad crónica, generalmente asintomática, que puede presentar complicaciones. La emergencia hipertensiva supone un riesgo de lesión irreversible y vital y requiere un correcto manejo,

priorizando el descenso precoz de la PA. A pesar de la concienciación social sobre la prevención primaria, aparecen casos de complicaciones en personas de edad media sobre sus FRCV. Por ello, el médico debe concienciarse del rol esencial que juega en la prevención en cualquier escenario de acto clínico.

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