



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/1415 - MI HIJO HABLA RARO

N. Zambrana Pérez<sup>a</sup>, A. Ramírez Villar<sup>b</sup>, Y. Prados Rodríguez<sup>c</sup> y M. Prieto Sánchez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Velada. Cádiz. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Roque. Cádiz. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Roque Sur. Hospital Comarcal La Línea de La Concepción. Cádiz.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 55 años con antecedentes personales de hipertensión arterial no tratada por decisión del paciente. Accidente isquémico transitorio hace 6 meses. Exconsumidor de cocaína, cannabis y otras sustancias psicotrópicas. Tratamiento habitual: metadona y lorazepam. Acude al servicio de urgencias acompañado por su madre por disartria desde hace dos horas. El familiar no sabe si hoy ha tomado su medicación habitual o ha tomado más de la cuenta. Cifras tensionales 185/141 mmHg.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general, consciente, desorientado en espacio y tiempo, no en persona. Eupneico en reposo. Afebril. Lenguaje incoherente durante la entrevista. Pares craneales conservados, nistagmo horizontal agotable, fuerza conservada en los 4 miembros. Romberg negativo. Resto anodino. Analítica sin alteraciones de interés excepto drogas de abuso positivas para metanfetaminas y benzodiazepinas. TAC craneal: Se observan hipodensidades mal definidas bilaterales localizadas en la sustancia blanca subcortical de ambos centros semiovais, siendo más evidentes en lado derecho y en región parietal posterior. Sistema ventricular de tamaño y morfología normal centrado en línea media.

**Orientación diagnóstica:** Dado que se refieren cifras tensionales muy elevadas y ante los resultados de las pruebas complementarias y el resto de la clínica del paciente habría que valorar la posibilidad de encefalopatía posterior reversible (encefalopatía hipertensiva) en el contexto de una emergencia hipertensiva.

**Diagnóstico diferencial:** Accidente isquémico transitorio. Ictus isquémico. Hemorragia subaracnoidea. Ictus hemorrágico. Encefalopatía metabólica. Encefalopatía hipertensiva.

**Comentario final:** La encefalopatía hipertensiva es una emergencia médica, con alto riesgo para la vida, que sin tratamiento adecuado resulta un daño irreversible para el sistema nervioso central. Por ello los médicos de familia debemos estar alerta, actuar con premura ante estos casos y tener un manejo de dicha patología. Aproximadamente el 15% de los pacientes con crisis hipertensivas presentan hipertensión arterial, cefaleas, confusión, trastornos visuales, estupor, disartria e incluso convulsiones.

## **Bibliografía**

1. Guyton AC. Cerebral blood flow, cerebro spinal fluid and brain metabolism. In Guyton AC Ed textbook of medical physiology, 11<sup>th</sup> ed. Philadelphia Elsevier Saunders, 2006, p. 761.
2. Dinsdale HB. Hypertensive encephalopathy. *Neurol Clin.* 1983;1:3-16.
3. Vaughan CJ, Delante N. Hypertensive emergencies. *Lancet.* 2000;356:411.

**Palabras clave:** Hipertensión arterial. Encefalopatía.