



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/294 - ¿HTA CON FOCALIDAD O HTA REACTIVA AL DOLOR?

T. Bernués Berqua¹, A. Noe Salanova¹, I. Gonzalvo Gómez² y S. de Gracia Nájera¹

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miralbueno-Garrapinillos. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 45 años, procedente de ucrania, transportista, padece hipertensión arterial aunque abandonó el tratamiento farmacológico. Acude a consulta por presentar cefalea punzante hemicraneal izquierda junto con lagrimeo y molestias visuales OI de 20 horas de evolución, resistente a tratamiento analgésico con naproxeno. Asociado al cuadro presenta cifras de TA 190/100. Niega náuseas ni vómito. La cefalea no se modifica con los esfuerzos, ni presenta sonofotofobia. Niega episodios previos. Se administra captopril y analgesia con persistencia del dolor y cifras TA elevadas. Se remite a Urgencias para valoración.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril. TA 190/100. Resto de constantes normales. Exploración física normal. Exploración neurológica: midriasis media izquierda arreactiva. Exploración oftalmológica en urgencias: OD: polo anterior normal, no Tyndall. Fondo de ojo: en OD normal. OI: hiperemia ciliar, córnea deslustrada con áreas extensas de desepitelización superior, depósito de pigmento endotelial (posible dispersión de pigmento), cámara casi plana, midriasis media arreactiva, catarata nuclear. Presión intraocular (PIO): En OD normal en OI > 70 mmHg. Gonioscopia directa con ángulo cerrado estrecho. Analítica en urgencias normal.

Orientación diagnóstica: Se administró tratamiento analgésico y antihipertensiva, persistiendo el dolor y la inyección ocular. Se cursó colaboración con el servicio de oftalmología de guardia quienes mediante la exploración evidenciaron una PIO de > 70 mmHg un ángulo iridocorneal estrecho. Se inicio tratamiento médico urgente con latanoprost, timolol y acetazolamida tópico junto con metamizol intravenoso. Tras la administración de medicación el paciente refiere mejoría sintomática con descenso de cifras de TA. Se cita en 24 horas en la consulta de glaucoma para realizar estudio en profundidad de alteraciones anatómicas. Se pauta tratamiento antihipertensivo con enalapril/hidroclortiazida y latanoprost oftálmico y acetazolamida 250 mg/8 horas.

Diagnóstico diferencial: Migraña, cefaleas Horton, glaucomas primarios y secundarios, uveítis hipertensiva, hemorragias o inflamación retrobulbar, luxación o subluxación del cristalino.

Comentario final: La patología oftalmológica, suele ser la asignatura pendiente del médico de familia. El ataque agudo de glaucoma de ángulo cerrado, debe ser descartado como parte del diagnóstico diferencial de cefalea hemicraneal asociado a HTA refractarias a tratamiento habitual.

Bibliografía

1. Tarff A, Behrens A. Ocular Emergencies. Medical Clinics of North America. 2017;101(3):615-39.

Palabras clave: Crisis hipertensiva. Glaucoma.