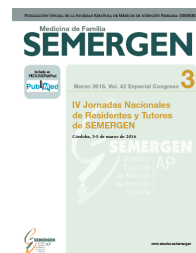




Medicina de Familia. SEMERGEN

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



P-096 - DIPLOPÍA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL

E.M. Cano Cabo, R. Abad Rodríguez, M. Maceira Failache, G. García Estrada, M. Cordero y E.M. Prieto Piquero

CS de Pola de Siero. Área IV.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 71 años, hipofrecuentador, que acude por visión doble de inicio súbito, acompañado de mareo, sensación cinetósica de un día de evolución. Refiere cuadro pseudogripal los días previos. Antecedentes familiares: madre infarto agudo de miocardio a los 50 años. Antecedentes personales: exfumador desde hace 10 años, bebedor ocasional. Vida sedentaria. No tratamientos crónicos.

Exploración y pruebas complementarias: T^a 36,4 °C, TA: 218/133 mmHg, FC: 110 lpm. Auscultación cardiopulmonar: hipoventilación en base derecha. Exploración neurológica: diplopía binocular en la infraversión, acentuándose cuando mira hacia la derecha. No nistagmus. Marcha conservada, con sensación de "mareo" que desaparece al tapar un ojo. Analítica: glucosa 191 mg/dl, leucocitosis con desviación izquierda. Analítica postratamiento antibiótico: laboratorio: leucocitos 15,79 × 10³/μl, glucemia 137 mg/dl; urato: 9,0 mg/dl; función renal y perfil lipídico normal. TSH 5,17 μu/l, T4 L normal. Orina: albúmina/creatinina 18,6 mg/g. ECG: ritmo sinusal. No hipertrofia ventricular. Radiografía de tórax: condensación basal derecha. Fondoscopia: normal. TC craneal: hipodensidad en sustancia blanca periventricular secundario a patología isquémica crónica de pequeño vaso. Somatometría: índice de masa corporal (IMC): 28,44 kg/m²; perímetro cintura (pc): 100 cm. FC: 62 lpm. PA: 174/94 mmHg. MAPA: presión arterial media 24h: 135/72 mmHg; media diurna: 134/74 mmHg; media nocturna: 136/69 mmHg. Patrón raiser. Índice tobillo/brazo: derecho: 0,78. Izquierdo: 0,74. Grosor íntima/media: 1,5 mm. Placas de ateroma en ambas carótidas internas y glomus carotideo. Estratificación del riesgo cardiovascular (score): riesgo muy elevado.

Juicio clínico: HTA esencial grado 3. Mononeuropatía IV par izquierdo, origen microangiopático. Neumonía basal derecha. Glucosa basal alterada.

Evolución: tratamiento no farmacológico: medidas higiénico-dietéticas. Farmacológico: AAS 100; ramipril 5 mg, un comprimido al día; hidroclorotiazida 25 medio comprimido/día; moxifloxacino 400 mg 1 comprimido/día durante 10 días. Oclusión ocular. En base a resultados de MAPA ajustamos tratamiento antihipertensivo, ramipril 5 mg, 1 comprimido por la mañana y medio por la noche. Iniciamos tratamiento hipolipemiante con doble inhibición: atorvastatina 40 mg y ezetimiba 10 mg.

Comentario final: La importancia del caso radica en la actitud a seguir en nuestras consultas de Atención Primaria en un paciente hipofrecuentador ante cifras de presión arterial elevadas y enfermedad de pequeño vaso. La evaluación inicial del paciente hipertenso debe cumplir varios

objetivos: diagnóstico correcto de HTA. Evaluar riesgo cardiovascular. Factores de riesgo y enfermedad cardiovascular asociados. Daño orgánico subclínico. Detectar causas de HTA secundaria. Para ello, la realización de una anamnesis exhaustiva y una exploración física completa debe de ser innegable y obligatoria. El abordaje debe ser multifactorial con un seguimiento correcto en consultas subsecuentes, con analíticas periódicas, que permitan controlar los factores de riesgo cardiovascular modificables y detectar entidades clínicas que pudieran escapar a la primera valoración.

BIBLIOGRAFÍA

1. 2013 ESH/ESC Guidelines for the Management of arterial hypertension.
2. The 2015 Canadian Hypertension Education Program. Recommendations for the Management of Hypertension: Blood Pressure Measurement, Diagnosis, Assessment of Risk, Prevention and Treatment of Hypertension.