



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/742 - ¡PERO POR QUÉ NO TE CONTROLAS LA TENSIÓN ARTERIAL!

C. Bonnardeaux Chadburn^a, V. Olavarria Ateca^b, M.D. García Sanfilippo^c, N.E. San Pedro Ortiz^d, M. Rodríguez Porres^e y M.M. San Emeterio Barragán^f

^aMédico de Familia. Centro de Salud Los Valles. Mataporquera. Cantabria. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Colindres. Cantabria. ^cMédico de Familia. Centro de Salud de San Vicente de la Barquera. Cantabria. ^dMédico de Familia. SUAP Alto Asón. Ramales. Cantabria. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Bajo Asón. Ampuero. Cantabria. ^fMédico de Familia. Centro de Salud Camargo Costa. SUAP. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 52 años. Camionero. Fumador de 20 paquetes/año. Bebedor de fin de semana. Nunca ha acudido a su médico de atención primaria. Comienza con cefalea occipital pulsátil, grave, que le impedía el sueño, acompañado de varios cuadros de vómitos. No acude al médico, pero 5 días después, aparece bradipsíquico, inatento, con descenso del nivel de conciencia, por lo que su mujer lo lleva al centro de salud.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración neurológica tiene tendencia al sueño, bradipsíquico, con lenguaje apagado y cefalea. Se objetiva tensión de 190/110 y el electrocardiograma es normal, sin bloqueos ni alteraciones en la repolarización. Se deriva a Urgencias hospitalarias, en donde realizan TAC craneal, en el que aparece un hematoma talamocapsular derecho abierto al sistema ventricular, con acúmulo de sangre en ventrículo del mismo lado. El angio-TAC muestra arterias intracraneales normales sin malformaciones vasculares subyacentes. Se ingresa al paciente y se pauta verapamilo. En su estancia hospitalaria, los controles de la tensión han sido adecuados y la clínica ha mejorado progresivamente. 7 días después, el TAC craneal muestra una notable reducción del componente hemorrágico talámico derecho y mucha menor densidad del sangrado en ventrículo lateral derecho, por lo que se decide dar el alta al paciente.

Juicio clínico: En el caso que nos ocupa, aparece un hematoma de ganglios basales derechos de origen hipertensivo.

Diagnóstico diferencial: En el diagnóstico diferencial debemos tener en cuenta: etiologías infecciosas causantes de síndromes meníngeos, especialmente meningitis purulentas. Cuadros productores de déficit de conciencia, con o sin signos focales neurológicos: hematomas intraparenquimatosos espontáneos del hipertenso. Procesos infecciosos como meningoencefalitis o abscesos. Traumatismo craneoencefálico. Cefaleas benignas, tales como migrañas y cefaleas tensionales.

Comentario final: El principal factor de riesgo modificable en la patología vascular encefálica es la hipertensión arterial, ya por ser desconocida, por no realizar tratamiento adecuado o por mala

adhesión al tratamiento y/o controles médicos. Alrededor del 80% de los accidentes cerebrovasculares hemorrágicos y del 45% de los isquémicos están vinculados de algún modo con la hipertensión arterial, de ahí la importancia del control de ésta en Atención Primaria, ya que produce serios daños en la pared arterial que aparece engrosada (arteriosclerosis). El cuadro clínico aparece bruscamente, con graves trastornos de la conciencia, hemiplejias... según el área afectada. Aunque la patología de urgencia es la más llamativa porque puede poner en riesgo la vida del paciente, es importante recordar el daño cerebral a largo plazo que sufren los pacientes con tensión elevada, que lleva a alteraciones de las funciones cognitivas superiores. Ante un paciente hipertenso, debemos realizar exploración física completa, analítica general con orina (sedimento y microalbuminuria) y electrocardiograma. Recomendaremos la modificación del estilo de vida (reducción de peso, abstención de alcohol y tabaco, descenso de la ingesta de sal), y si ésto no es suficiente, iniciaremos tratamiento farmacológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lee SC, Park SJ, Ki HK, et al. Prevalence and risk factors of silent cerebral infarction in apparently normal adults. *Hypertension*. 2000;36:737-42.
2. Reingardiene D. Hypertensive emergencies and urgencies. *Medicine Kaunas*. 2005;41:536-43.