



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2548 - CRISIS HIPERTENSIVA

G. García Estrada^a, M.L. García Estrada^b, M. Cordero Cervantes^c, E.M. Cano Cabo^b, R. Abad Rodríguez^d, A. Fernández Pérez^a, M. Estrada Martínez^e, F.J. Guerrero Orozco^f, I.J. Triviño Campos^c y N. Blanco Valle^c

^aMédico de Familia. Urgencias; ^bMédico de Familia y Médico Residente de Anestesia. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^dMédico de Familia. Centro de Salud Siero-Sariego. Oviedo. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^fMédico de Familia. Centro de Salud de Ventanielles. Oviedo.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 42 años, alérgico a la AAS. Fumador 37 paquetes/año. Bebedor 36 g alcohol/día. Consume regaliz negro. Diagnosticado hace 7 años de HTA. Incumplimiento terapéutico. Acude a consulta de AP por una pérdida de visión en ojo izquierdo y parestesia en cara, lengua y mandíbula desde hace 7 días, con cefalea holocraneal que respeta el sueño. Paresia en miembro superior izquierdo autolimitada.

Exploración y pruebas complementarias: PA: 200/140 mmHg tras captopril 25 mg 160/110 mmHg. Facial centrado, sin focalidad neurológica. Auscultación cardio-pulmonar normal. Fondo de ojo derecho: hemorragias peripapilares en astilla, en ojo izquierdo edema de papila. Exudados y hemorragias en arcadas, cruces AV patológicos, esclerosis vascular en ambos ojos. Hemograma, estudio de coagulación, bioquímica con función tiroidea, suprarrenal y marcadores: normales. Sistemático y sedimento: proteínas 1+, glucosa +1. ECG: taquicardia sinusal con signos de crecimiento biauricular e hipertrofia ventricular izquierda. Resultado de la MAPA: PA media 24h 131/89 mmHg. PA diurna 131/91 mmHg. PA nocturna 130/82 mmHg. Cociente noche/día PA sistólica 0,99. Holter 24 horas: normal. Rx tórax, TC craneal, angio- resonancia cráneo y ecografía abdominal-Doppler renal: normales. Eco-tronco supraórtico: ateromatosis carotídea bilateral que no condiciona estenosis significativa. Eco transtorácico: VI con hipertrofia concéntrica. FEVI conservada.

Juicio clínico: HTA primaria acelerada maligna grado 3. Retinopatía hipertensiva grado IV. Episodio sensitivo paroxístico posible isquemia lacunar.

Diagnóstico diferencial: Ictus.

Comentario final: La HTA maligna es una patología que se describe como infrecuente, sin embargo, la realidad es algo distinta. Al reunir criterios como elevación de la presión arterial rápidamente progresiva (PA \geq 200/ \geq 130 mmHg) acompañada de hemorragias y exudados en el fondo de ojo con o sin edema de papila junto con lesión arteriolar aguda, el porcentaje de diagnóstico se incrementa. El cuadro clínico se caracteriza por afectación multiorgánica con repercusión cardiaca, cerebral y renal. La realización de un fondo de ojo es fundamental para su diagnóstico. Las complicaciones visuales así como la cefalea como en este caso pueden tratarse de

síntomas guía. El pronóstico es grave a largo plazo insuficiencia renal terminal. El consumo mantenido de regaliz se asocia con HTA, hipopotasemia y alcalosis metabólica. Puede ocasionar un pseudohiperaldosteronismo.

Bibliografía

1. Mancia G, et al. Guía de práctica clínica de la ESH/ESC para el manejo de la hipertensión arterial. Hipertens Riesgo Vasc. 2013;30:4-91.

Palabras clave: *Hipertensión arterial maligna. Fondo ojo.*