



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/555 - EL DESPERTAR DE LA ENFERMEDAD SILENCIOSA

F. Da Costa Azevedo^a, P. Elias de Ávila^b y J. Brea Aymerich^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Horts de Miró. Tarragona. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Salou. Barceló. ^cMédico de Familia. CAP Constanti. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 50 años acude por cefalea holocraneal punzante de media hora de evolución, con parestesias en pierna izquierda. Niega fotofobia o lagrimeo. Refiere sensación nauseosa, sin vómitos y cervicalgia. Afebril. Como antecedentes patológicos había estado diagnosticado de hipertensión arterial pero abandonó el tratamiento hace dos años, no realizando controles posteriores, refiriendo encontrarse bien.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes: tensión arterial: 215/122. Frecuencia cardiaca 65lpm. Sat 96%. Regular estado general. Normocoloreado y normohidratado. Consciente y orientado. Auscultación cardiorespiratoria normal. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación. Exploración neurológica: pupilas isocóricas normoreactivas. Movimientos oculomotores normales. No focalidades en pares craneales. Hipoestesia en brazo y pierna izquierdos, con fuerza conservada. Reflejos osteotendinosos normales. Romberg normal. Marcha normal. ECG: Ritmo sinusal a 62 lpm, PR normal, QRS estrecho. No alteraciones de repolarización agudas. Derivación hospitalaria. TC craneal: hemorragia subaracnoidea aguda de predominio basal anterior con mínima extensión intraventricular (Fischer grado IV). Signos incipientes de hidrocefalia. Pequeño aneurisma sacular (3 mm) localizada en el margen anterior de la bifurcación del segmento M1 del ACM izquierda. Analítica de sangre: hemoglobina 14,7 g/dl, hematocrito 44,3%, VCM 87,4 fL, leucocitos 8.710 (62,4%N, 25,9%L, 5,6%M), plaquetas 252.000, creatinina 0,91 mg/dL, glucosa 97 mg/dL, K 3,3 mEq/L, Na 140 meq/L, PCR 0,7 mg/dL, urea 35 mg/dL. INR 0,92, Fibrinógeno 359 mg/dL.

Orientación diagnóstica: Crisis hipertensiva con focalidad neurológica.

Diagnóstico diferencial: Crisis hipertensiva. Emergencia hipertensiva. Accidente vascular cerebral isquémico. Hemorragias intracraneales. Vasculitis. Encefalitis. Tumores.

Comentario final: Con este caso pretendemos sensibilizar para la importancia de la exploración neurológica en la crisis hipertensiva, motivo frecuente de consulta de atención primaria de urgencia, siendo que puede ser la forma de presentación más frecuente de patología intracraneal, la cual conlleva comorbilidad elevada, siendo importante detectarla lo antes posible para el adecuado manejo.

Bibliografía

1. Guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para el manejo de la hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol. 2013;66:880.
2. Arbe G, Pastor I, Franco J. Diagnostic and therapeutic approach to the hypertensive crisis. Med Clin (Barc). 2018;150(8):317-22.

Palabras clave: Crisis hipertensiva. Cefalea. Hemorragia subaracnoidea.