



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 424/1192 - HIPERTENSIÓN TRAICIONERA

M. Cañamares Aranda<sup>1</sup>, J. Sánchez-Carpena Garrido-Lestache<sup>1</sup>, S. Mateos Díez<sup>2</sup> y M. Morillas Escobar<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Embarcaciones. Tres Cantos. Madrid.

<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tres Cantos. Madrid. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de la Vega. Alcobendas. Madrid.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 50 años sin antecedentes de interés ni tratamiento habitual, acudió a la Urgencia del centro de Salud por malestar general, dolor abdominal y vómitos de 24h de evolución. La exploración era anodina, por lo que se decidió derivar a su médico habitual para control con diagnóstico de gastroenteritis infecciosa. A las 24h, acude a nuestra consulta por presentar cefalea frontal y persistencia de los síntomas previos. Tras tomar la tensión observamos cifras de 230/120. Se realizó Combur test con proteinuria y hematuria. Se pautó captopril 50 mg, metamizol intramuscular y diazepam 5 mg oral, se solicita ECG y se decide derivar a Urgencias por crisis hipertensiva mal controlada con proteinuria y hematuria acompañante.

**Exploración y pruebas complementarias:** Regular estado general, normocoloreado y bien hidratado. ACP: normal. Abdomen: normal. Neurológico: sin focalidad. Miembros inferiores sin edemas. Combur test: hematuria+++ y proteinuria ++. Tras medicación TA: 200/110. ECG con signos de hipertrofia ventricular izquierda.

**Orientación diagnóstica:** Emergencia hipertensiva con posible afectación renal.

**Diagnóstico diferencial:** Hemorragia intracraneal. Glomerulonefritis aguda. Disección aórtica.

**Comentario final:** Tras valoración en Urgencias, se obtiene en la analítica cifras de creatinina de 6 con filtrado de 10, siendo sus previas normales, por lo que ingresa a cargo de Nefrología con diagnóstico de insuficiencia renal aguda AKIN 3. Después del estudio se establece como diagnóstico definitivo enfermedad renal crónica estadio 4 secundaria microangiopatía trombótica en relación a síndrome hemolítico-urémico atípico con desarrollo de HTA maligna. En la actualidad continua en seguimiento por Nefrología, en tratamiento con eculizumab con buen control. Como conclusión, resaltar la importancia de la toma de constantes en nuestra práctica diaria, sobre todo frente a cualquier clínica neurológica, ya que ante la escasez de recursos de pruebas complementarias que tenemos, cobra aún mayor importancia una buena anamnesis y exploración.

## Bibliografía

1. Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badia J. Atención Primaria: principios, organización y métodos en medicina de familia, 7ª ed. Madrid: Elsevier; 2014.

**Palabras clave:** Hipertensión. Proteinuria. Renal.