



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## P-234 - HIPERTENSIÓN ARTERIAL: LA ENFERMEDAD SILENCIOSA

M. Maceira Failache<sup>a</sup>, R. Abad Rodríguez<sup>a</sup>, G. García Estrada<sup>a</sup>, E.M. Cano Cabo<sup>a</sup> y M. Cordero<sup>b</sup>

<sup>a</sup>CS de Pola de Siero. <sup>b</sup>CS de Colloto.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 62 años que desde hace más de 25 años no acude a consulta de atención primaria. Maestra, sin alergias medicamentosas conocidas, fumadora de > 40 paquetes/año, bebedora de alcohol ocasional, sin antecedentes de interés conocidos, ni tratamientos crónicos. Antecedentes familiares: padre, fumador, hipertenso, con ictus a los 54 años, fallecido a los 59, madre y un hermano hipertensos. Acude a nuestra consulta de Primaria por cuadro de dolor precordial opresivo de varios días de evolución, con pérdida de fuerzas en hemicuerpo izquierdo.

**Exploración y pruebas complementarias:** IMC: 18,5. Pa 260/140 mmHg; FC 87 lpm. Auscultación cardiopulmonar: Ritmo regular sin soplos, murmullo vesicular conservado. Exploración neurológica: Consciente, orientada en las tres esferas, lenguaje sin alteraciones, pupilas isocóricas, reactivas, campimetría y motórica ocular normal. Leve asimetría facial izquierda, hemiparesia braquio-crural izquierda (MSI 4-/5, mii 4+/5), disimetría ipsilateral, marcha atáxica. ECG: sinusal, no signos de hipertrofia ventricular. Fondo de ojo: normal. Hemograma y coagulación normales. VSG: 3. Bioquímica: Gluc: 99 mg/dl; HbA1c 5,5%, Creat. 0,72 mg/dl, Na 141 mmol/l, K 3,6 mmol/l, CT: 223 mg/dl; LDL 122 mg/dl; HDL 82 mg/dl, TG 93 mg/dl. Anticoagulante lúpico negativo. TSH: 1,19 mU/ml. Proteinograma normal. Serologías negativas para *Borrelia* y lúes. ANA, ANCAs, MPO, PR3: negativos. Rx de tórax: índice cardiotorácico normal. TAC craneal: no se observan alteraciones de la densidad del parénquima encefálico. RNM craneal: En región posterior de corona radiada derecha: infarto isquémico de evolución subaguda. Focos de hiperintensidad en la sustancia blanca periventricular y en coronas radiadas compatibles con leucopatía isquémica crónica de pequeño vaso. Angio-RNM de polígono de Willis: Calibres irregulares de ambos sifones carotídeos, en relación con ateromatosis. Ecografía transtorácica: no se aprecian signos de HVI. GIM realizada en el CS Zona de hiperecogenicidad en el glomus carotídeo derecho compatibles con placas de ateroma de unos 2-3 mm con gim de 1,1 mm. MAPA (tras inicio de tratamiento antihipertensivo): Presión arterial media de 24h: 126/75 mmHg. Período diurno: 131/79 mmHg; Período nocturno: 120/70 mmHg.

**Juicio clínico:** Emergencia hipertensiva-ictus-aterosclerosis.

**Evolución;** Tratamiento: olmesartán 40 mg (ARA II) + amlodipino 5 mg (ca-antagonista dihidropiridínico) atorvastatina 40 mg + ezetimibe 10 mg. AAS 100 mg + clopidogrel 75 mg.

**Comentario final:** Se trata de una paciente joven, con antecedentes familiares de elevadísimo riesgo CV (carga genética), con factores modificables añadidos (tabaquismo, HTA y dislipemia) que

por falta de autocontrol, permitieron el desarrollo de enfermedad aterosclerótica. De cómo realice el autocuidado, y el médico de primaria aborde el manejo de factores de riesgo modificables, dependerá el futuro de muchos de nuestros pacientes.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para el manejo de la hipertensión arterial.
2. Guías Canadienses HTA 2015.