

XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021



Minimizar
mejorar
Avanzar

XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021

PÓSTER SIN DEFENSA

Minimizar
mejorar
Avanzar

Emergencia hipertensiva: ¿caemos en la cuenta?

GS A, AP P, GO I, HM M, RR B, BC C. *Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid.*

Introducción y objetivos

- La **hipertensión arterial** pediátrica con frecuencia está **infradiagnosticada** en Urgencias, a pesar de que incluye numerosas patologías en su **diagnóstico diferencial**, cada una de las cuales tiene un tratamiento de elección en caso de causar emergencia hipertensiva.
- Nuestro **objetivo** es llamar la atención sobre la importancia de reconocerla como un **signo significativo en la edad infantil**.

Crisis hipertensiva:

Urgencia hipertensiva: elevación severa y generalmente aguda de la PA **sin daño demostrable a nivel de órganos vitales.**



Emergencia hipertensiva (EH): elevación en la PA **con daño concomitante en órganos vitales.**

Las lesiones más comunes se producen a nivel de **sistema nervioso central** (encefalopatía hipertensiva), **oftalmológico** y **renal.**



Etiología de la EH	Fármaco adecuado
Causa desconocida	Labelolol, nitroprusiato, nicardipino (sin insuficiencia cardiaca izquierda). Nitroprusiato+furosemda (con insuficiencia cardiaca izquierda).
Urgencia hipertensiva de causa desconocida	Nifedipino
Encefalopatía hipertensiva	Labelolol, nicardipino, nitroprusiato
Enfermedad renovascular (unilateral)	IECAs, ARA II, diuréticos, vasodilatadores
Enfermedad renal crónica	IECAs, ARA II, bloqueantes de canales de calcio, betabloqueantes
Nefritis aguda	Diuréticos de asa, vasodilatadores
Coartación de aorta	Betabloqueantes (labelolol, esmolol), IECAs
Cirugía cardiaca	Nitroglicerina, nitroprusiato, labelolol
HTA neonatal (trombosis de la arteria renal, coartación de aorta, displasia broncopulmonar, enfermedad renal poliquística y trombosis de la vena renal)	Nicardipino
HTA relacionada con la obesidad	IECAs, ARA II
Feocromocitoma	Tratamiento inicial con alfabloqueantes (fentolamina, fenoxibenzamina, doxazosina, prazosina). Posteriormente, betabloqueantes .
HTA monogénica (síndromes de Liddle, Gordon; hiperaldosteronismo).	En función de la etiología específica.
Sobredosis de cocaína o anfetaminas	Fentolamina
Embarazo (preeclamsia)	Labelolol, hidralazina, nicardipino



PRIMERA REUNIÓN VIRTUAL

XXV REUNIÓN SEUP



SEUP
DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN
3 AL 6 DE MARZO DE 2021

Presentación y estabilización en Urgencias



Niño de **8 años**. **Vómitos incoercibles** sin productos patológicos de 20 horas de evolución, **dolor en flanco izquierdo** y **leve cefalea holocraneal**.

EVALUACIÓN INICIAL: ligera **palidez** cutánea. Signos de **deshidratación leve** (mucosa oral seca). **TEP alterado (circulatorio)**.



EVALUACIÓN PRIMARIA (constantes + ABCDE): Tª 36,8 Cº. Glucemia capilar 82 mg/dl. **TA en triaje 135/76 mmHg**. FC, ritmo, pulsos, relleno capilar y diuresis normales. Resto normal.

EVALUACIÓN SECUNDARIA:

S: Vómitos incoercibles sin productos patológicos de 20 horas de evolución, **dolor en flanco izquierdo** y **leve cefalea holocraneal**. Deposiciones normales. Afebril en todo momento.

A: no alergias conocidas.

M: no medicación actual.

P: intervenido de testículo retráctil. Resto sin interés.

L: última ingesta (brick de zumo de naranja) hace 4 horas.

E: ambiente epidémico negativo.

✓ **Exploración física:** ligera **palidez** cutánea; no exantema ni petequias. Signos de **deshidratación leve** (mucosa oral seca). **Dolor a la palpación en flanco izquierdo**, sin masas ni megalias, sin signos de peritonismo. No rigidez de nuca, signos meníngeos negativos, **neuroológico normal**.

EVALUACIÓN TERCIARIA:

- **Pruebas complementarias:** hemograma normal. Bioquímica: proteína C reactiva 18,1 mg/dl, **creatinina máxima de 0,8 mg/dl**, **urea 34 mg/dl (BUN/Cr 19)**. Sedimento urinario: **proteinuria y hematuria leves**.
- **Tratamiento:** se inicia **rehidratación** y **monitorización de la TA**.

Durante su estancia en Urgencias:

- Realiza una **crisis tónico-clónica generalizada** de un minuto de duración, con **hemiparesia posterior**. Tras la crisis, se administra **midazolam** y **levetiracetam**.
- **Tensión sistólica máxima de 150 mmHg** durante la crisis. Se administran dos dosis de **labetalol** e **hidralazina**.
- Se realiza **TAC craneal** en que se objetiva únicamente quiste aracnoideo en región temporal izquierda.



Evolución

Se traslada a UCI:

- Se realiza **resonancia magnética cerebral** compatible con **encefalopatía posterior reversible (PRES)**.
- Se realiza **ecoDoppler renal** en que se **objetiva trombosis/estenosis de arteria renal izquierda**, que se confirma por **angioTAC**. Tras normalización de la exploración neurológica, se realiza **trombectomía mecánica y angioplastia** de la zona, con inicio de **heparina sódica profiláctica posterior**. En ecografía Doppler de control a las 48 horas se confirma normalización de la vascularización de los tercios medio e inferior del riñón izquierdo, **permaneciendo el tercio inferior hipovascular**.
- Se inicia **perfusión de labetalol** y tratamiento con **atenolol vía oral**, permitiendo disminuir ambos progresivamente hasta su suspensión al cabo de 10 días, con **normalización de la tensión hasta percentiles 50-75**.
- Es dado de alta con **tratamiento profiláctico** anticoagulante con **heparina** y anticonvulsivante con **levetiracetam**.

Sin embargo, 2 meses después presenta **reestenosis de la arteria renal izquierda** objetivada en ecografía Doppler, con niveles de anticoagulación adecuados.

- Se realiza una gammagrafía en la que se objetiva **anulación completa de este riñón**.
- Además, muestra **de nuevo mal control de la tensión arterial** con dosis medias de betabloqueantes y calcioantagonistas
- **Tras ello** presenta **adecuado control de tensión** arterial sin necesidad de fármacos antihipertensivos.

SE DECIDE **NEFRECTOMÍA IZQUIERDA**

Estudio de trombofilias:

- Se lleva a cabo estudio de **trombosis venosa** (genética, anticuerpos lúpicos, genes del factor V y de la protrombina, antiB2GPI, antritrombina III, proteínas C y S, productos de degradación de la fibrina, homocisteína y perfil lipídico), **coagulación intravascular diseminada**, **síndromes mieloproliferativos y drepanocitosis**; todo ello negativo.
- En estudio de **síndrome antifosfolípido** presenta **Ac IgG anticardiolipina positivos** a títulos significativos, por lo que se aconseja **anticoagulación indefinida**.

Conclusión

Albergar **un elevado nivel de sospecha** en relación con el diagnóstico diferencial de la hipertensión arterial, así como estar **familiarizados con el tratamiento inmediato** de las urgencias y emergencias hipertensivas puede evitar importantes complicaciones a medio y largo plazo.