

REPORTE DE CASO

Crisis hipertensiva en un varón de mediana edad con hipertensión arterial de difícil control

Alef Muniz Leitão¹, Zara Escobar Benítez¹

¹Carrera de Medicina, Facultad de la Universidad del Norte en Pedro Juan Caballero, Paraguay.

Enviado: 15 de diciembre de 2023

Aceptado: 14 de marzo de 2024

Publicado: 16 de abril de 2024

DOI: [10.5281/zenodo.21896424](https://doi.org/10.5281/zenodo.21896424)



Licencia Creative Commons Atribución 4.0
Internacional (CC-BY)

RESUMEN

Introducción: La crisis hipertensiva es una elevación aguda y grave de la presión arterial que amenaza órganos vitales y constituye una causa frecuente de consulta en todos los niveles de atención sanitaria. **Objetivo:** Describir el caso de un paciente con una crisis hipertensiva y sus implicancias clínicas. **Presentación del caso:** Se presenta el caso de un varón de 51 años, tabaquista intenso y de larga data, con diabetes mellitus y antecedente de hipertensión arterial de difícil control pese al uso de tres fármacos antihipertensivos, que consultó por cefalea intensa y visión borrosa de inicio agudo, síntomas que ya se habían presentado esporádicamente en relación con elevaciones previas de la presión arterial. Al examen físico presentó una presión arterial de 210/120 mmHg, taquicardia leve y dolor intenso, sin hallazgos focales adicionales en los sistemas respiratorio, cardiovascular ni abdominal. Se estableció la hipótesis diagnóstica de crisis hipertensiva y se realizó un electrocardiograma como parte del estudio de daño de órgano diana. El registro clínico disponible no permitió documentar de forma fiable el esquema terapéutico específico administrado ni la evolución posterior del paciente. **Conclusiones:** Este caso ilustra la presentación clínica típica de una crisis hipertensiva en un paciente con hipertensión de difícil control y múltiples factores de riesgo cardiovascular concurrentes, y subraya la importancia de diferenciar con precisión la urgencia de la emergencia hipertensiva, así como de garantizar la conti-

Autor correspondiente: Zara Escobar Benítez. Carrera de Medicina, Facultad de la Universidad del Norte en Pedro Juan Caballero, Paraguay
Correo electrónico: zara.escobar.105@docentes.uninorte.edu.py

Financiación: Este artículo fue presentado para la Convocatoria 2023 del Programa de Iniciación Científica e Incentivo a la Investigación (PRICILA) de la Universidad del Norte (ARTI-23-068-PJC-MED). Los fondos para PRICILA fueron provistos por el Banco SUDAMERIS y el Rectorado de la Universidad del Norte.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés financieros, personales, profesionales, institucionales ni de otra índole relacionados con este trabajo.

nidad del tratamiento antihipertensivo tras el alta para prevenir una nueva crisis.

Palabras clave: crisis hipertensiva, hipertensión resistente al tratamiento farmacológico, cefalea, encefalopatía hipertensiva, reporte de caso

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial sistémica es uno de los principales problemas de salud pública, tanto en Paraguay como a nivel mundial, y representa uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y renal (1).

La crisis hipertensiva puede presentarse a cualquier edad y se clasifica en urgencia hipertensiva y emergencia hipertensiva, dos categorías que agrupan diversas afecciones en las que la presión arterial se eleva de forma rápida y agresiva, con riesgo de comprometer órganos vitales como los riñones, el corazón y el cerebro (2,3).

El paciente afectado por una crisis hipertensiva puede encontrarse ya en tratamiento antihipertensivo o no, y aun estando en tratamiento, puede no estar realizando este de forma correcta o no haber sido diagnosticado previamente; entre las causas más frecuentes de descontrol se cuentan la falta de acceso al medicamento y la baja adherencia terapéutica (4).

Los estados de urgencia y emergencia hipertensiva son frecuentes en todos los ámbitos de la atención sanitaria, desde la atención primaria hasta el nivel hospitalario, y su abordaje correcto —desde el diagnóstico hasta el tratamiento y la eventual derivación a un nivel de mayor complejidad— requiere que los profesionales de salud mantengan una actualización constante sobre este tema prevalente (5,6).

Los casos de emergencia hipertensiva requieren tratamiento en un ambiente con monitoreo estrecho, como una unidad de cuidados intensivos, mientras que corresponde al equipo de salud de la familia el seguimiento posterior al alta, con el objetivo de prevenir una nueva crisis o de intervenir tempranamente ante su reaparición (7,8).

Se presenta el caso de un varón de mediana edad con hipertensión de difícil control que consultó por una crisis hipertensiva, con el objetivo de ilustrar sus características clínicas y las consideraciones relevantes para su abordaje.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se describe el caso de un varón de 51 años que consultó al equipo médico por dolor de cabeza intenso y visión borrosa. Refería que estos síntomas se presentaban esporádicamente en relación con elevaciones de la presión arterial, y que en esta ocasión habían comenzado después del almuerzo, aproximadamente 2 horas antes de la consulta, sin mejoría tras el uso de un antiácido.

No era consumidor de alcohol, pero refería un consumo de tres paquetes de cigarrillos al día durante más de veinte años; negaba el uso de drogas ilícitas. Como comorbilidades refería diabetes mellitus en tratamiento con hipoglucemiantes orales, e hipertensión arterial sistémica de difícil control pese al uso de tres fármacos antihipertensivos. Negaba antecedentes de accidente cerebrovascular, enfermedad cardíaca o cirugías previas.

Al examen físico, el paciente se encontraba en regular estado general, con dolor intenso, orientado en tiempo y espacio, enrojecido, hidratado, eupneico (16 respiraciones por minuto), sin cianosis, afebril, levemente taquicárdico (110 latidos por minuto) e hipertenso (210/120 mmHg). El examen del sistema respiratorio mostró murmullo vesicular presente sin ruidos agregados. El examen cardiovascular mostró frecuencia cardíaca regular, ruidos cardíacos normales, sin soplos. El abdomen era globoso, blando, indoloro a la palpación, sin hepatomegalia ni esplenomegalia, con ruidos intestinales presentes. Los pulsos periféricos eran palpables en las cuatro extremidades.

Con estos hallazgos se estableció la hipótesis diagnóstica de crisis hipertensiva. Como parte del estudio complementario se realizó un electrocardiograma.

DISCUSIÓN

La presentación de este paciente —cefalea intensa y visión borrosa de aparición aguda, en el contexto de una presión arterial marcadamente elevada— es consistente con las manifestaciones clínicas descritas para la crisis hipertensiva, en la que síntomas neurológicos aparente-

mente aislados como la cefalea y las alteraciones visuales pueden constituir la expresión de un compromiso de órgano diana incluso en ausencia de otros hallazgos neurológicos focales, como se ha documentado en reportes recientes de encefalopatía hipertensiva con presentación clínica limitada a estos dos síntomas (9).

El perfil de riesgo cardiovascular de este paciente — tabaquismo intenso y prolongado, diabetes mellitus e hipertensión arterial de difícil control pese al uso de tres fármacos antihipertensivos— es coherente con el perfil descrito en poblaciones que consultan por crisis hipertensiva, y la persistencia de cifras tensionales elevadas pese a un esquema terapéutico múltiple plantea la necesidad de descartar específicamente la falta de adherencia terapéutica antes de catalogar el cuadro como hipertensión verdaderamente resistente, dado que la no adherencia constituye una causa frecuente y potencialmente reversible de lo que se clasifica como hipertensión aparentemente resistente al tratamiento (4,10,11).

Este hallazgo se enmarca, además, en un problema de salud pública más amplio: la hipertensión no controlada pese a estar en tratamiento sigue siendo prevalente incluso en el primer nivel de atención, lo que subraya la importancia del seguimiento activo y de la evaluación periódica de la adherencia en pacientes con hipertensión de difícil control como el de este reporte (12).

Respecto al manejo, la evidencia actual respalda que las emergencias hipertensivas con compromiso de órgano diana se manejen en un entorno con monitoreo estrecho de la presión arterial y acceso a tratamiento antihipertensivo intravenoso, aunque la elección del nivel de cuidado óptimo —unidad de cuidados intensivos frente a un entorno de cuidados intermedios— continúa siendo objeto de estudio activo, y la selección del agente farmacológico intravenoso debe considerar tanto su perfil de seguridad como su capacidad de lograr un descenso controlado y gradual de la presión arterial (7,13).

El componente no farmacológico del tratamiento — control del peso corporal, reducción del consumo de sal, actividad física regular, cese del tabaquismo y del consumo de alcohol, y manejo del estrés— continúa siendo un pilar reconocido en el manejo integral de la hipertensión arterial, particularmente relevante en un paciente con un perfil de riesgo tan cargado como el de este caso, en quien el tabaquismo intenso y prolongado constituye un factor modificable de primer orden (14).

Este reporte tiene limitaciones importantes: el registro clínico disponible no permitió reconstruir de forma fiable el esquema terapéutico específico administrado a este paciente ni su evolución posterior, lo que impide extraer conclusiones sobre la respuesta al tratamiento en este caso particular. Esta limitación documental, sin embargo, no resta relevancia a un problema ampliamente reconocido en el manejo de la crisis hipertensiva: los pacientes con urgencia hipertensiva son dados de alta con frecuencia tan pronto como la presión arterial alcanza niveles aceptables, sin que se prescriba de forma sistemática una terapia de mantenimiento adecuada, lo que los deja desprotegidos una vez finalizado el efecto de los fármacos utilizados en la consulta y los predispone a una nueva crisis, potencialmente más grave que la inicial (8,15). En conclusión, este caso resalta la importancia de diferenciar con precisión la urgencia de la emergencia hipertensiva mediante la evaluación sistemática del daño de órgano diana, y de asegurar la continuidad del tratamiento antihipertensivo y el seguimiento posterior al alta como estrategia central para prevenir la recurrencia de la crisis.

REFERENCIAS

1. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Brazilian Guidelines of Hypertension - 2020. *Arq Bras Cardiol.* 2021;116(3):516-658. <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>
2. Vempati R, Alla SSM, Agarwal P, Tarannum S, Ahmed SK, Alla D, et al. Current guidelines in hypertension management with special focus on management of extremely high blood pressure: a systematic review. *BMC Cardiovasc Disord.* 2025;25. <https://doi.org/10.1186/s12872-025-05437-6>
3. Ona DID, Punzalan FE, Oliva RV, Sucaldito MSF, Espallardo N, Santos R, et al. Executive Summary of the 2024 Philippine Clinical Practice Guidelines on the Diagnosis and Management of Acute Severe Blood Pressure Elevation. *J Clin Hypertens (Greenwich).* 2026. <https://doi.org/10.1111/jch.70199>
4. Jenkins S, Mahadevaswamy T, Osman H, Gupta P. Medication non-adherence and apparent treatment-resistant hypertension. *Clin Med (Lond).* 2026. <https://doi.org/10.1016/j.clinme.2026.100566>
5. Fragoulis C, Maloberti A, Boulestreau R, De Backer T, Doumas M, Fucile I, et al. Gaps between guidelines and practice in hypertensive urgencies and emergencies: data from a multinational European registry in ESH excellence centres. *J Hypertens.* 2026. <https://doi.org/10.1097/hjh.0000000000004231>

6. Elbadri A, MohamedSalih E, Mohammedallayla ID, Ikhaiduwor TO, Abdelmalak M, Ali MAM, et al. Management Strategies for Hypertensive Crises: A Systematic Review of Evidence-Based Approaches. *Cureus*. 2026. <https://doi.org/10.7759/cureus.105671>
7. Hochberg CH, Yan L, Card ME, Berry SA, Brodie D, Rotello L, et al. Outcomes of patients with hypertensive emergency managed in intensive vs intermediate care settings: a multihospital retrospective cohort study. *Ann Am Thorac Soc*. 2026. <https://doi.org/10.1093/annalsats/aaof048>
8. Prado G, Bea C, Martínez F. Response to the Letter to the Editor: "Hypertensive Urgency: Which Patient will be Fine in a Quiet Room?" *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2026. <https://doi.org/10.1111/jch.70293>
9. Choi SY, Choi JH, Choi KD. Hypertensive brainstem encephalopathy with isolated headache and blurred vision: A case report. *eNeurologicalSci*. 2026. <https://doi.org/10.1016/j.ensci.2025.100600>
10. Pierin AMG, Flórido CF, Santos J dos. Hypertensive crisis: clinical characteristics of patients with hypertensive urgency, emergency and pseudocrisis at a public emergency department. *Einstein (São Paulo)*. 2019;17(4):eAO4685. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2019ao4685
11. Amro AM, Deeb S, Amarneh E, Alboom A, Abuhantash Z, Mustafa M, et al. Cardiovascular disease risk and associated factors among people with hypertension in the West Bank, Palestine. *Front Cardiovasc Med*. 2026;13:1820592. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2026.1820592>
12. Estrada GAP, Nico-Garcia M, Akapo OO, Nanjoh MK. Prevalence and Determinants of Uncontrolled Hypertension Among Treated Adults in a Rural Primary Health Care Facility in South Africa: A Cross-Sectional Study. *Epidemiologia*. 2026;7(3):82. <https://doi.org/10.3390/epidemiologia7030082>
13. Han X, Ma W, Wang B, Gu X, Wang G, Lin L, et al. Efficacy and Safety of a Generic Clevidipine in Hypertensive Urgencies and Non-Fulminant Hypertensive Emergencies: A Phase III, Multicenter, Randomized, Double-Blind, Positive Drug Parallel-Controlled Study. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2025. <https://doi.org/10.1111/jch.70144>
14. Han B, Lee GB, Yoon J, Kim YH. Lifestyle interventions for hypertension management in primary care: a narrative review. *Exp Med J*. 2025. <https://doi.org/10.12771/emj.2025.00850>
15. Brown C, Clark D, Jones DW. Updates in the 2025 AHA/ACC Hypertension Guideline. *Curr Hypertens Rep*. 2026. <https://doi.org/10.1007/s11906-026-01372-9>