

## CRISIS HIPERTENSIVA Y CONVULSIÓN: ASOCIACIÓN A TENER EN CUENTA

Miguel Ángel Sánchez Durán, Neus Saloni Gómez, Paula Bello Aranda, Maider Arenaza Oreja,  
Irene Barrenechea García, Josune Hualde Olascoaga

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA

### INTRODUCCIÓN

- La hipertensión arterial es una entidad nosológica poco frecuente en la edad pediátrica (prevalencia estimada del 1-3%) e infradiagnosticada.
- Las emergencias hipertensivas acontecen en menos del 1% de las visitas a los servicios de Urgencias.
- Cuanto menor sea la edad del paciente y mayores sus cifras de tensión arterial, más probable será la existencia de hipertensión arterial de causa secundaria. Por tanto, es imprescindible descartar dichas etiologías.
- Su sospecha clínica y tratamiento precoz podrá evitar las consecuencias graves asociadas a la tensión arterial elevada.

### RESUMEN DEL CASO

Lactante de 10 meses que acude a Urgencias por vómitos y un episodio convulsivo de características tónico-clónicas. Al monitorizar constantes, se objetivan **cifras de tensión arterial de 170/90**

#### Marco teórico

##### CONCEPTOS

- HTA: valores de TA por encima del percentil 95.
- Crisis hipertensiva: elevación abrupta de la TA.
  - Urgencia hipertensiva: sin alteración de órganos.
  - Emergencia hipertensiva: con compromiso orgánico.

##### ABORDAJE INICIAL EN URGENCIAS

- Descartar daño en órganos vitales (SNC, cardiovascular, ocular y renal). Evaluación ABCDE si emergencia hipertensiva.
- Acceso vascular IV.
- Descartar HTA secundaria a Hipertensión Intracraneal (HTIC).
- Administrar antihipertensivo e ingreso en UCIP.

##### ETIOLOGÍA CRISIS HIPERTENSIVA

- **Renal y renovascular (75-90%)**: estenosis arteria renal.
- Cardiovascular: coartación de aorta.
- Neurológica: HTIC y convulsiones.
- Tumoral: feocromocitoma.
- Autoinmune y endocrinológica: hipertiroidismo.

##### TRATAMIENTO

Reducción **gradual y controlada** de la TA (labetalol/nicardipino):

- ❖ Emergencia HTA (IV): inicio inmediato, reducción del 25% máximo en las primeras 8 horas y normalizar en 24-48h.
- ❖ Urgencia HTA (oral o sublingual): descenso progresivo en 24-48h.

#### Actitud clínica y evolución

##### EMERGENCIA HIPERTENSIVA

TA > p99  
Alteración del SNC

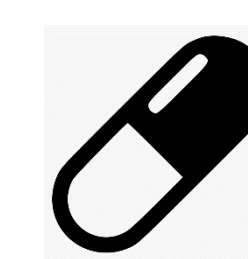
UCIP

Acceso IV, antihipertensivos  
+ **fondo de ojo**

Sutil papiledema  
bilateral

TC craneal ✓

Cese crisis convulsiva



Triple terapia (labetalol, hidralazina y amlodipino)

##### ¿Causa secundaria de la hipertensión arterial?

- Estudio de orina → Proteinuria rango nefrótico
- Analítica de sangre ✓ Iones y albúmina
- Estudio autoinmunidad ✓
- Catecolaminas en orina ✓ → Despistaje feocromocitoma
- Ecocardio, ECG y ECO troncos supraórticos ✓ Cardiovascular
- Renina y angiotensina plasmáticas **ELEVADAS**

##### ECO Doppler Renal

##### Importante asimetría de la talla renal:

- Riñón derecho: 59mm
- Riñón izquierdo: 75mm

Angio TC: **estenosis crítica** del tercio proximal de arteria renal derecha.

Renograma isotópico: riñón derecho hipofuncionante, de menor tamaño, sin signos gammagráficos de obstrucción, con respuesta adecuada al diurético.



**Angioplastia con balón** con estenosis residual del 30%.

Formación de trombo in situ: uso urokinasa y nitroglicerina local.

Buena evolución clínica: control ecográfico normal, normalización de tensiones y ajuste del tratamiento antihipertensivo en seguimientos en Nefrología Pediátrica

### CONCLUSIONES

- La crisis hipertensiva es una entidad poco frecuente que puede implicar consecuencias graves en la salud del paciente.
- Conocer el manejo terapéutico de las urgencias y emergencias hipertensivas permitirá actuar de forma precoz para disminuir la morbimortalidad de esta patología.
- Es importante tener en cuenta las causas secundarias de hipertensión arterial, especialmente cuanto menor sea la edad del paciente y más elevados sean los valores de tensión arterial.