

Disreflexia autonómica y crisis hipertensiva

M. Polaina Rusillo, A. Liébana Cañada y F. J. Borrego Utiel

Unidad de Hipertensión Arterial. Servicio de Nefrología. Hospital Médico Quirúrgico.
Complejo Hospitalario de Jaén. España

La disreflexia autonómica es una causa poco conocida de crisis hipertensiva y está asociada a las lesiones medulares por encima de T6. Está producida por una excesiva e incontrolada respuesta simpática por un mecanismo reflejo que permanece intacto a pesar de la lesión medular. Se pueden encontrar manifestaciones compatibles con disreflexia autonómica en el 50%-70% de aquellos pacientes con lesión medular. La medida terapéutica básica de este cuadro son las medidas posturales que pueden evitar la aparición de crisis hipertensivas con sus potenciales complicaciones. Presentamos el caso de un paciente con lesión medular postraumática desde hacía doce años que presentaba cefalalgias episódicas. La monitorización ambulatoria de la presión arterial permitió mostrar una abolición del ritmo nictameral de la presión arterial y ascensos tensionales bruscos tras la manipulación de la vía urinaria.

Palabras clave: disreflexia autonómica, lesión medular, crisis hipertensiva.

Autonomic dysreflexia and hypertensive episode

Autonomic dysreflexia is a little known cause of hypertensive episode and is associated to spinal cord injury above T6. It is caused by excessive and uncontrolled sympathetic response due to a reflex mechanism that remains intact in spite of the spinal cord injury. Manifestations consistent with autonomic dysreflexia may be found in 50%-70% of those patients with spinal cord injury. Basic therapeutic measure of this clinical picture is postural measures that may avoid the appearance of hypertensive episodes with their potential complications.

We present the case of a patient with a post-traumatic spinal cord injury occurring twelve years before who had episodic headaches. Ambulatory blood pressure monitoring made it possible to demonstrate the loss of nictameral rhythm of blood pressure and sudden pressure increases after urinary tract manipulation.

Key words: autonomic dysreflexia, spinal cord injury, hypertensive episode.

Introducción

La disreflexia autonómica (DA) es un síndrome agudo por excesiva e incontrolada respuesta simpática que se produce en pacientes con lesiones raquimedulares. Habitualmente se asocia a pacientes con lesiones medulares por encima de T6, siendo los síntomas más leves en lesiones por debajo de dicho nivel. Su frecuencia es variable, presentándose entre el 50% y el 70% de estos pacientes. Es más frecuente en lesiones completas que en las incompletas, siendo los síntomas más leves en estas últimas. En cuanto a su fisiopatología, su mecanismo parece claro ya que por la alteración del control neurológico del trauma raquimedular se pierde

la modulación simpática de los impulsos que viajan desde la zona vesical a través de la médula espinal hasta el cerebro. En pacientes con lesiones por encima de T6 los reflejos aferentes en la médula estimulan una respuesta simpática, originada en la columna de células intermedio-laterales que todavía permanecen en funcionamiento a pesar de la lesión medular, asociado a un inadecuado control supraespinal debido a que el estímulo parasimpático no puede descender a través de la médula lesionada, produciendo una respuesta significativa que incluye: hipertensión como respuesta simpática, bradicardia, sudoración, piloerección y cefalea por encima de la lesión medular como respuesta parasimpática. Estos signos y síntomas son más notables en las lesiones cervicales y menos en las torácicas¹.

Caso clínico

Varón de 41 años con antecedentes personales de tetraplejía desde hace 12 años por accidente de tráfico. Intervenido en dos ocasiones de columna cervical; trombosis venosa profunda en

Correspondencia:
M. Polaina Rusillo.
C./Extremadura, 2, portal 3, 2.º E.
23008 Jaén. España.
Correo electrónico: nefropolaina@yahoo.es
Recibido: 8 de junio de 2006.
Aceptado: 12 de junio de 2006.

miembro inferior derecho; hemorroidectomía hace 4 años; estreñimiento pertinaz con necesidad de extracción manual de heces que ocasionan proctalgias intensas y sangrados esporádicos que obligan a realizar colostomía de descarga hace 2 años. Vejiga neurógena con sonda vesical permanente e infecciones urinarias de repetición. Ureterohidronefrosis bilateral en varias ocasiones por reflujo vesicoureteral tras obstrucciones transitorias de la sonda. Como tratamiento habitual tomaba baclofeno/8 horas, omeprazol/24 horas y diacepam/12 horas.

El paciente acude a nuestra consulta derivado por el servicio de Urología por presentar elevaciones bruscas de presión arterial acompañadas de cefaleas de localización frontal y opresión craneal de minutos de duración relacionadas con manipulaciones vesicales. En la exploración física el paciente estaba consciente y orientado, con buen estado general, normal coloración de piel y mucosas. Presión arterial: 130/60 mmHg. Tonos rítmicos a 60 lpm sin soplos ni ruidos. Hipoventilación de ambos campos pulmonares. Exploración neurológica: tetraplejía a nivel de C6 con capacidad de movilización de musculatura proximal de miembros superiores. Fondo de ojo normal. Miembros inferiores: pulsos pedios presentes, sin edemas.

En las pruebas complementarias: hemoglobina (Hb): 16 g/dl; hematocrito (Hto): 48 %; glucosa: 89 mg/dl; urea: 26 mg/dl; creatinina: 0,5 mg/dl;

ácido úrico: 5,4 mg/dl; calcio: 9 mg/dl; fósforo: 2,8 mg/dl; colesterol: 219 mg/dl; triglicéridos: 131 mg/dl; potasio: 4 mEq/l, proteínas totales: 6,5 g/dl, y albúmina: 3,5 g/dl; catecolaminas y metanefrinas en orina normales. El electrocardiograma (ECG) mostraba ritmo sinusal, sin signos de hipertrofia ventricular. La radiografía de tórax fue normal. La urografía intravenosa realizada por Urología mostraba riñones de forma y tamaño normales, con sistema excretor normal y libre en todo su trayecto. La vejiga aparecía trabeculada y diverticular.

Se realiza una monitorización continua de presión arterial durante el período de 48 horas con el siguiente resultado: cifras medias de presión arterial en límites normales, tanto en período nocturno como diurno, con pérdida del ritmo nictameral. Se observa en tres ocasiones elevaciones bruscas de presión arterial, con cifras que alcanzan valores de 230/130, 170/110 y 180/120 mmHg, en relación con las manipulaciones vesicales (figs. 1 y 2). Por ello establecimos el diagnóstico de DA en relación con las manipulaciones vesicales o de la sonda. En cuanto al tratamiento se iniciaron medidas físicas: tener cuidado con los cambios posturales, eliminar las prendas opresivas, utilizar gel anestésico convencional sobre la sonda vesical, y se recomendó no traccionar de la sonda. De esta manera se logró evitar nuevas crisis hipertensivas.

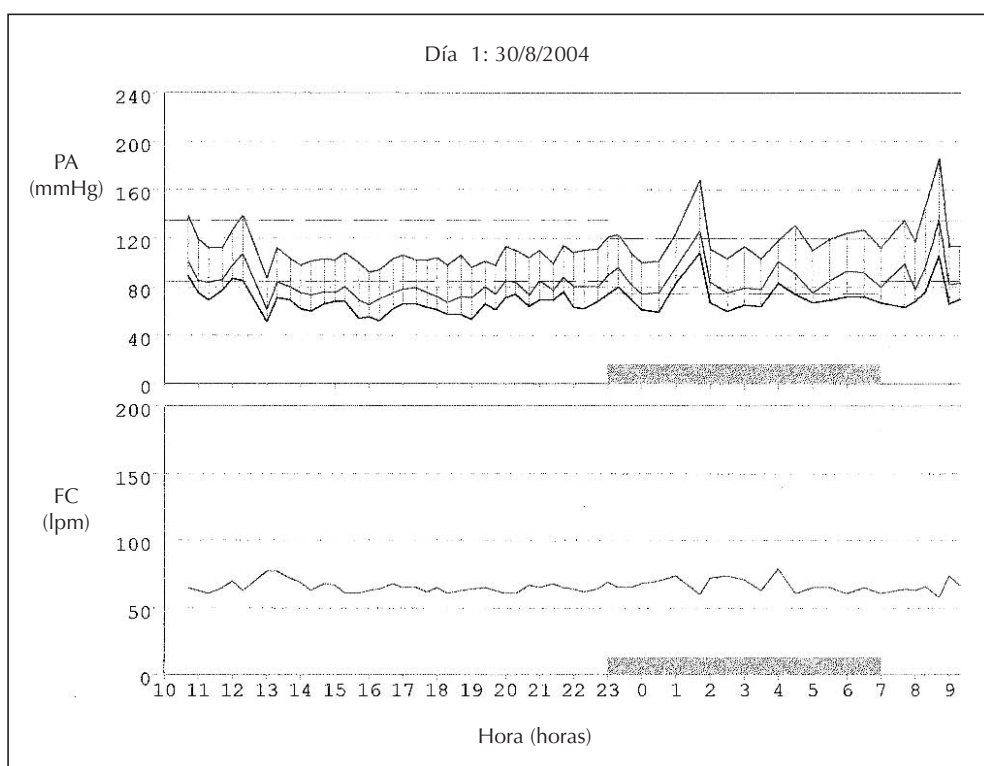


Fig. 1. Las elevaciones más llamativas se produjeron a las 2:00 y 9:00 horas, con crisis hipertensivas que alcanzan cifras de 170/110 y 190/110 mmHg, respectivamente, en relación con tracción de sonda. Además se aprecia la pérdida de ritmo nictameral.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2926174>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2926174>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)